



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato 3 alla Determinazione n. 1567 del 5 dicembre 2016

AL Direttore del Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione ASL SASSARI

Sassari- Via Rizzeddu 21 b pal.B

Mail: serv.ian@pec.aslsassari.it

sian.responsabile.ss@aslsassari.it

Oggetto: richiesta valutazione menù

Il/la sottoscritto _____ in qualità di _____

presso il Comune di _____ (_____)

N° di telefono _____

Per la struttura sita in via _____ Città _____

Pubblica

Privata

Asilo nido Scuola dell'infanzia Scuola primaria scuola secondaria di primo grado

Scuola secondaria di secondo grado Mensa universitari Istituto per adolescenti.

Casa di riposo Casa-famiglia per adulti

Altro (specificare) _____

Indicare fascia d'età _____

Pasti preparati presso la struttura di cui si allega menù standard speciale

colazione n. ____ spuntino n. ____ pranzo n. ____ merenda n. ____ cena n. ____

Responsabile mensa (nome e cognome se diverso dal richiedente) _____

Qualifica _____

Nato a _____ il _____

Residente in via _____ Città _____

Telefono _____

Denominazione struttura in cui si preparano i pasti

sita in via _____ Città _____

chiede la validazione della tabella dietetica allegata

Per eventuali comunicazioni:

telefono _____ fax _____ e-mail _____

Data _____

firma _____