

**OGGETTO: Richiesta di ELABORAZIONE / VIDIMAZIONE tabella dietetica**

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_ ) il \_\_\_\_\_ e  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_,  
in qualità di  legale rappresentante  responsabile ristorazione scolastica  
della Ditta/Scuola/Comune \_\_\_\_\_  
Partita IVA \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
• **Sede legale:** Comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_,  
• **Sede operativa:** Comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_,  
Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**Tipo di prestazione:**

- elaborazione di una tabella dietetica
- vidimazione di una tabella dietetica
- elaborazione di una modifica di tabella dietetica per n. \_\_\_\_ giornate <sup>1</sup>
- vidimazione di una modifica di tabella dietetica per n. \_\_\_\_ giornate <sup>1</sup>

<sup>1</sup> specificare le giornate \_\_\_\_\_

**Tipo di struttura:**

- Asilo nido/nido d'infanzia (fascia di età<sup>2</sup>) \_\_\_\_\_ mesi
- Scuola dell'infanzia  Scuola primaria
- Scuola secondaria I° grado  Scuola secondaria II° grado
- Altro: (specificare) \_\_\_\_\_ (età<sup>2</sup>:  da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_)

**sesso**  maschi  femmine

<sup>2</sup> per età viene considerata quella anagrafica, ad es. 14 – 17 anni si intende dal compimento del quattordicesimo anno fino al compimento del diciottesimo.

**Tipologia dei pasti giornalieri previsti nella tabella dietetica:**

Colazione  Spuntino del mattino  Pranzo  Spuntino del pomeriggio  Cena

**Frequenza settimanale dei pasti in base alla quale deve essere articolata la tabella dietetica:**

5 giorni  6 giorni  7 giorni

solo rientri pomeridiani (specificare giorni della settimana per ogni sezione)

---

---

**A tal fine si allegano:**

- Ricevuta di versamento dei diritti sanitari come previsto dal tariffario unico Regionale (Gurs n. 26 parte 1 del 18/06/2004)
- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità
- PER LA SOLA VIDIMAZIONE: N. \_\_ copie cartacea di Tabella dietetica (ed una copia in CD) timbrata e firmata ad ogni pagina dal sanitario abilitato, comprendente menù, specifiche riguardanti la composizione bromatologica di ogni singola giornata, ricette dettagliate di ingredienti e modalità di preparazione, grammatura di ogni ingrediente per ogni fascia d'età, merceologico.
- PER LA SOLA VIDIMAZIONE DI MODIFICA DI GIORNATE: Tabella dietetica in possesso e n.2 copie di ogni giornata modificata, ciascuna firmate ad ogni pagina dal sanitario abilitato, comprendente specifiche bromatologiche, porzioni e ricette (come da indicazioni per vidimazione tabella completa).
- PER LA SOLA ELABORAZIONE DI MODIFICA DI GIORNATE: Tabella dietetica in possesso.

Luogo e data

Firma

---

---

Si fornisce il consenso al trattamento dei dati personali nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) all'U.O. SIAN dell'ASP di Agrigento.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_