

**RICHIESTA:**

- Valutazione/validazione di un piano nutrizionale e/o sue varianti  
 Redazione/revisione di un Piano Nutrizionale

Etichetta  
Protocollo  
Aziendale

All'Unità Funzionale Igiene Pubblica e Nutrizione Pisana  
Azienda USL Toscana nord ovest  
Dipartimento di Prevenzione  
Galleria Gerace 14  
56124 PISA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
della Ditta/Ente \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_  
con sede nel Comune di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

CHIEDE la

REDAZIONE     REVISIONE

VALUTAZIONE

VALIDAZIONE

di un

PIANO NUTRIZIONALE     sue VARIANTI

A tal fine dichiara:

1) di  essere     non essere convenzionato con l'Az. USL Toscana NO    relativamente alla prestazione richiesta. Se sì, riportare gli estremi della convenzione: \_\_\_\_\_

2) Età della popolazione target: da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

3) Presenza di patologie che richiedono varianti ad hoc del piano nutrizionale:

No                       Sì    se sì, indicare numero e tipologia: n° \_\_\_\_\_, tipologia \_\_\_\_\_

4) Presenza di soggetti che per motivi etico-religiosi richiedono varianti ad hoc del piano nutrizionale:

No                       Sì    se sì, indicare numero e tipologia delle varianti richieste: n° \_\_\_\_\_, tipologia \_\_\_\_\_

5) Tipo di struttura alla quale è rivolto il piano nutrizionale:

RSA                       Asilo nido                       Scuola dell'infanzia                       Scuola primaria  
 Scuola secondaria inferiore                       Scuola secondaria superiore  
 Altro: (Specificare) \_\_\_\_\_

6) Tipo di cucina:  Interna con gestione autonoma

Interna con gestione in appalto (indicare nome ditta appaltatrice \_\_\_\_\_)  
 Esterna (indicare nome ditta appaltatrice \_\_\_\_\_)

7) N° di pasti serviti giornalmente nella struttura per la quale si chiede la

Valutazione/validazione     Redazione/revisione    del piano nutrizionale e/o sue varianti: \_\_\_\_\_

8) Tipologia dei pasti giornalieri compresi nel piano nutrizionale e/o sue varianti per i quali si chiede la

Valutazione/validazione                       Redazione/revisione: (barrare le caselle dei pasti ai quali si è interessati)  
 Colazione     Spuntino del mattino     Pranzo     Spuntino del pomeriggio  
 Cena                       Altro: (Specificare) \_\_\_\_\_

9) Indicare la frequenza settimanale su cui è articolato il piano nutrizionale e/o sue varianti:

5 pasti       6 pasti       7 pasti       Altro: (Specificare) \_\_\_\_\_

**ALLEGATI:**

Copia fotostatica del proprio documento identificativo.

Altro \_\_\_\_\_

La presente comunicazione è resa nella consapevolezza di quanto prescritto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 sulle responsabilità penali in caso di falsa dichiarazione, formazione atti falsi.

Con la firma apposta in calce alla presente richiesta, il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali e/o sensibili, a norma del Testo Unico sulla Privacy – D.Lgs. n. 196/03, per fini istituzionali.

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO				
	Prestazione erogata	Cod. Tariffario (Tra parentesi la descrizione riportata nel tariffario aziendale)	n° di prestazioni erogate (indicazione del numero a cura del responsabile del procedimento)	IMPORTO (da calcolare a cura dell'ufficio amministrativo che emette la fattura)
<input type="checkbox"/>	Valutazione Piano Nutrizionale	IN 1 (Valutazione menù o tabella dietetica)		
<input type="checkbox"/>	Valutazione varianti del Piano Nutrizionale	IN1 (Valutazione menù o tabella dietetica)		
<input type="checkbox"/>	Redazione Piano Nutrizionale	IN2 (Elaborazione menù/tabella dietetica)		
<input type="checkbox"/>	Redazione variante al Piano Nutrizionale	IN2 bis [Elaborazione di varianti menù principale/tabella dietetica per ciascuno (max 6)]		
<input type="checkbox"/>	Revisione Piano Nutrizionale	IN2 ter (Revisione menù principale/tabella dietetica)		
<input type="checkbox"/>	Revisione variante al Piano Nutrizionale	IN2 quater [Revisioni di varianti menù principale/tabella dietetica per ciascuno (max 6)]		
<input type="checkbox"/>	Altro: _____ (specificare)			
TOTALE				



**Dipartimento di Prevenzione – SUP**

Per attestazione di ricevimento, previa identificazione del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38, comma 3 del DPR 445/2000

Data di ricevimento/timbro USL

L'addetto amministrativo SUP