

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 _____