

## Modulo richiesta valutazione menù per la ristorazione assistenziale

da inoltrare a SIAN Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione mail: [nutrizione@aslbi.piemonte.it](mailto:nutrizione@aslbi.piemonte.it)

 <p>AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BIELLA</p>	<b>RICHIESTA PARERE MENU' STRUTTURE ASSISTENZIALI</b>	Data di emissione: 13/09/2024 rev. N. 0 Approvato ed emesso in originale
---	---	--

Il/la sottoscritto/a

---

in qualità di:

direttore/responsabile .....

altra qualifica, specificare .....

della struttura

(denominazione.....)

**Recapito a cui fare riferimento per ogni comunicazione:**

Indirizzo .....Comune.....CAP.....

telefono .....mail/pec.....

### COMUNICA

**i seguenti dati ad integrazione della richiesta prodotta su propria carta intestata**

la/le strutture per cui si richiede la verifica nutrizionale del menù è /sono situata/e presso il Comune di:

.....  
.....

**La richiesta è relativa a:**

<p><input type="checkbox"/> <b>VERIFICA NUTRIZIONALE SU:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> nuovo menù che si intende adottare</li><li><input type="checkbox"/> variazioni al menù in uso</li></ul> <p><b>NUMERO DI SETTIMANE TOTALI</b></p> <p><input type="checkbox"/> 4    <input type="checkbox"/> 8    <input type="checkbox"/> 12    <input type="checkbox"/> 24    <input type="checkbox"/> altro</p>	<p><b>CRITERI DI ELABORAZIONE DI UN NUOVO MENÙ</b></p>
--	--

<b>LA STRUTTURA E':</b> <input type="checkbox"/> pubblica <input type="checkbox"/> privata	<b>FASCIA/E D'ETA'</b> <input type="checkbox"/> minori <input type="checkbox"/> adulti <input type="checkbox"/> anziani <input type="checkbox"/> altro	<b>TIPO DI GESTIONE:</b> <input type="checkbox"/> diretta dell'ASL <input type="checkbox"/> enti privati <input type="checkbox"/> associazione ONLUS <input type="checkbox"/> ente di pubblica assistenza e beneficenza (IPAB) <input type="checkbox"/> appaltata (indicare il nominativo della ditta ..... ..... e la scadenza dell'appalto.....)
--	--	---

Note/altro.....  
.....  
.....

La presente richiesta è formulata dal sottoscritto, ammonito delle sanzioni penali previste dall'art. 75 del DPR n. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti o uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità sotto la sua personale responsabilità.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Informativa breve sul trattamento dei dati personali:** nel compilare questo modello si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE 679/2016 per gli adempimenti correlati alla procedura in oggetto. I dati, il cui conferimento è obbligatorio, verranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Sono fatti salvi, in ogni caso, i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679. I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679. L'informativa completa relativa al trattamento dei dati è conservata presso la sede dell'Azienda ASL BI ed è consultabile dal sito web dell'ente all'indirizzo <https://aslbi.piemonte.it> nella sezione Privacy.