

INTESTAZIONE  
RICHIEDENTE

**Al Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)  
Dipartimento di Prevenzione - ASUR AV5**

- PEO: nutrisian.av5@sanita.marche.it
- PEC: areavasta5.asur@emarche.it

**MODULO RICHIESTA PER:**

- ELABORAZIONE SIAN NUOVE TABELLE DIETETICHE
- REVISIONE TABELLE DIETETICHE (elaborate dal SIAN)

**MOTIVAZIONE RICHIESTA:**

- NUOVO CAPITOLATO D'APPALTO
- AGGIORNAMENTO PERIODICO (*almeno ogni 5 anni*)
- INIZIO NUOVA ATTIVITÀ DI RISTORAZIONE COLLETTIVA
- PROGETTO EDUCAZIONE ALIMENTARE (*specificare*) \_\_\_\_\_

- PROPOSTA/E DELLA COMMISSIONE MENSA
- ALTRO (*specificare*) \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, in qualità di:

- Responsabile Servizio Ristorazione Scolastica del Comune di \_\_\_\_\_
- Responsabile scuola parificata o privata \_\_\_\_\_
- Responsabile Asilo Nido pubblico o privato \_\_\_\_\_ con sede nel Comune di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_
- Responsabile Centro educativo       Responsabile Centro estivo       Responsabile Comunità pediatrica
- Responsabile Comunità familiare       Responsabile Casa per ferie       altro \_\_\_\_\_
- della Ditta/Ente \_\_\_\_\_ con sede nel Comune di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- ELABORAZIONE** delle tabelle dietetiche per a.s. \_\_\_\_/\_\_\_\_ e successivi (altro periodo \_\_\_\_\_)
- REVISIONE** delle tabelle dietetiche per a.s. \_\_\_\_/\_\_\_\_ e successivi (altro periodo \_\_\_\_\_)

**Tipo di struttura per la quale è rivolta la richiesta:**

- Asilo nido/nido d'infanzia (*specificare fascia di età e numero utenti*): \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_ mesi - 6 mesi (*n. utenti: \_\_\_\_\_*)       6-12 mesi (*n. utenti: \_\_\_\_\_*)
- 12-36 mesi (*n. utenti: \_\_\_\_\_*)       Sezione "primavera" (*n. utenti: \_\_\_\_\_*)
- Scuola dell'infanzia (*n. utenti: \_\_\_\_\_*)       Scuola primaria (*n. utenti: \_\_\_\_\_*)
- Scuola secondaria I° grado (*n. utenti: \_\_\_\_\_*)       Scuola secondaria II° grado (*n. utenti: \_\_\_\_\_*)
- Altro: (*specificare*) \_\_\_\_\_ (*età: da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ n. utenti: \_\_\_\_\_*).

**Tipo/soluzione di cucina:**

- Interna con gestione diretta
- Interna con gestione in appalto: (*indicare nome ditta appaltatrice*) \_\_\_\_\_
- Esterna con gestione diretta
- Esterna con gestione in appalto: (*indicare nome ditta appaltatrice*) \_\_\_\_\_

**Nel caso di gestione in appalto**, questa riguarda:

- le materie prime     il personale     le attrezzature     la gestione completa del servizio

**In caso di soluzione completamente appaltata a Ditta esterna con legame differito**, precisare se:

- Pasti veicolati/trasportati in     pluriporzione     monoporzione  
 Legame fresco caldo  
 Legame refrigerato caldo (cook & chill)  
 Legame misto (specificare \_\_\_\_\_)  
 Legame surgelato/congelato (cook & freeze)

**Tipologia dei pasti giornalieri previsti nelle tabelle dietetiche:**     Pranzo     Colazione

- Spuntino del mattino     Spuntino del pomeriggio     Cena  
 Pranzo al sacco: (*specificare*) \_\_\_\_\_     Cestino emergenze

**Frequenza settimanale dei pasti in base alla quale devono essere articolate le tabelle dietetiche:**

- 5 pasti (*specificare plesso scolastico/nido coinvolto*) \_\_\_\_\_  
 6 pasti (*specificare plesso scolastico/nido coinvolto*) \_\_\_\_\_  
 7 pasti     solo rientri pomeridiani (*specificare giorni e plesso/i coinvolto/i*) \_\_\_\_\_

**Presenza, tra i consumatori, di bambini/adulti che necessitano di diete speciali**

- per motivi etici culturali religiosi     NO     SI  
 per motivi sanitari (certificato)     NO     SI

N.B.: Il Responsabile del servizio ristorazione deve assicurarsi che l'Operatore del Settore Alimentare garantisca, con la specifica formazione del personale addetto e l'applicazione dell'autocontrollo e di procedure codificate, il rispetto dei requisiti di sicurezza per la gestione delle diete speciali soprattutto sanitarie e, in particolare, per la gestione dei casi di reazioni avverse agli alimenti, massimamente se a "rischio vita". Per la richiesta di elaborazione dieta speciale utilizzare la specifica modulistica presente sul sito [http://www.asurzona13.marche.it/viewdoc.asp?CO\\_ID=9772](http://www.asurzona13.marche.it/viewdoc.asp?CO_ID=9772)

**Allega alla presente richiesta:**

- a) **nel caso di richiesta di nuova elaborazione** delle tabelle dietetiche  
 Capitolato d'appalto (*se esistente*) con schede merceologiche degli alimenti  
 Mod. EVR 2 compilato e sottoscritto
- b) **nel caso di richiesta di revisione** delle tabelle dietetiche già in uso redatte dal SIAN  
 Capitolato d'appalto (*se esistente*) con Schede merceologiche degli alimenti  
 Mod. EVR 2 compilato e sottoscritto  
 Eventuale verbale/relazione Commissione Mensa  
 Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

Il sottoscritto autorizza l'ASUR Area Vasta 5 al trattamento dei propri dati personali per tutto ciò che concerne la prestazione che interessa, ai sensi del Reg. UE 679/2016 e del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 s.m.i.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**N.B.: compilare Mod. EVR2**