



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: viale Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

ALL.2 MODULO RICHIESTA VALUTAZIONE /ELABORAZIONE MENU' PER LA RISTORAZIONE SCOLASTICA – NIDI E SCUOLE

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di:

- responsabile del servizio di ristorazione scolastica
- altra qualifica, specificare.....
- direttore della scuola/asilo denominata/o (per le scuole private)

Recapito a cui fare riferimento per ogni comunicazione:

IndirizzoComune.....CAP.....

Telefono pec.....

COMUNICA

I seguenti dati ad integrazione della richiesta prodotta su propria carta intesta

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:

<input type="checkbox"/> VERIFICA NUTRIZIONALE SU: <input type="checkbox"/> nuovo menù che si intende adottare <input type="checkbox"/> variazione menù in uso per l'anno scolastico.....	NUMERO DI SETTIMANE TOTALI <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> ALTRO
--	---



www.regione.piemonte.it/sanita



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: viale Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

LA STRUTTURA E':	FASCIA/E D'ETA'	TIPO DI GESTIONE:
<input type="checkbox"/> pubblica <input type="checkbox"/> parificata <input type="checkbox"/> privata	<input type="checkbox"/> asili nido lattanti <input type="checkbox"/> asili nido divezzi <input type="checkbox"/> scuola dell'infanzia <input type="checkbox"/> scuola primaria <input type="checkbox"/> scuola secondaria di primo grado	<input type="checkbox"/> diretta dal Comune <input type="checkbox"/> enti privati <input type="checkbox"/> associazione ONLUS <input type="checkbox"/> appaltata (indicare il nominativo della ditta _____ e la scadenza dell'appalto _____ _____

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 NO ed è consultabile dal sito web dell'ente all'indirizzo: <https://www.asl.novara.it/it/attivita/informative-consenso-sul-trattamento-dati-personali> nella sezione Informativa e consenso sul trattamento dei dati personali (area tematica Privacy).



www.regione.piemonte.it/sanita