

RICHIESTA DI APPROVAZIONE TABELLE DIETETICHE

AL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ASL FROSINONE
Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
sian.b@aslfrosinone.it

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente in Via _____ n. _____ CAP _____ Comune _____
Tel. _____ PEC _____
in qualità di rappresentante legale della Società _____
che svolge attività di _____ sita in _____
CAP _____ Via _____ n. _____

CHIEDE

l'approvazione delle tabelle dietetiche in uso presso l'attività medesima/di seguito specificata: *(barrare la voce che non interessa)*

Denominazione: _____

Tipologia: _____

Indirizzo: _____ - Comune _____ CAP _____

Si allegano:

- n.2 copie delle tabelle dietetiche e relativo ricettario, timbrate e firmate da medico Nutrizionista o Dietista;
- Informazioni generali sul servizio erogato (Allegato A2, compilato secondo fasce di età come stabilito dai LARN);
- Informazioni nutrizionali per la stesura delle tabelle dietetiche (Allegato A3);
- Ricevuta di pagamento

tariffa prevista	€ 63,02
ESTREMI VERSAMENTO	
BENEFICIARIO	AZIENDA ASL FROSINONE
IBAN	IT18A0200814804000400002537
CAUSALE	VALUTAZIONE PIANI NUTRIZIONALI

Data _____

FIRMA
