

**dipartimento.prevenzione@aulss8.veneto.it**  
**OPPURE**  
**protocollo.prevenzione.aulss8@pecveneto.it**

Oggetto: invio modulo di richiesta vidimazione menù per la **ristorazione assistenziale extra ospedaliera**.

Si chiede la vidimazione del menù:

- ordinario/vitto comune  
 per motivi sanitari (celiachia, allergia o intolleranza alimentare)

per la stagionalità:

- autunno/inverno  
 primavera/estate

elaborato per gli utenti della Struttura (denominazione): \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_

Soggetto richiedente la vidimazione (denominazione): \_\_\_\_\_

Indirizzo del richiedente: \_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

PEC: \_\_\_\_\_

Si fornisce di seguito il nominativo e il recapito telefonico della persona disponibile ad essere contattata dal personale del SIAN per eventuali chiarimenti relativi al menù.

Nominativo: \_\_\_\_\_ Cell./Tel. n° \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Per la vidimazione è necessario inviare al SIAN, oltre al presente modulo, anche:

- il menù in formato editabile (Word o Excel),
- il ricettario.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_