

RICHIESTA DI APPROVAZIONE TABELLE DIETETICHE
(Determinazione Regione Lazio n. G16501 del 30 novembre 2017 Allegato A.1)

Dipartimento di Prevenzione
Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
(SIAN)
sian.protocollo@pec.aslroma1.it

Oggetto: richiesta di approvazione tabelle dietetiche

Il/la sottoscritto/a Sig./ra.....
nato/a a il
residente in Via
telefono.....indirizzo email.....
PEC
in qualità di rappresentante legale della Società
titolare dell'attività di
sita in Via

CHIEDE

l'approvazione delle tabelle dietetiche in uso presso la medesima attività.

Si allega:

- Tabella dietetica comprensiva di menu e relativo ricettario
- Informazioni generali sul servizio erogato (Allegato A.2)
- Ricevuta di pagamento di Euro 50,00 per ogni fascia d'età sotto elencate da barrare (Deliberazione Regione Lazio n. 1253 del 18 dicembre 2025)

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ da 12 mesi a 23 mesi | ☐ da 24 mesi a 36 mesi | ☐ da > 3 anni fino a 6 anni |
| ☐ da > 6 anni fino a 11 anni | ☐ da > 11 anni fino a 14 anni | ☐ da > 14 anni fino a 18 anni |
| ☐ da > 18 anni fino a 59 anni | ☐ da > 60 anni a 74 anni | ☐ ≥ 75 anni. |

Il pagamento dovrà essere effettuato tramite bonifico bancario IBAN IT 32 P 08327 03398 000000001060
Banca di Credito Cooperativo di Roma intestato alla ASL ROMA 1 – CAUSALE: richiesta approvazione tabella
dietetica - Centro di Costo DH0499

Firma leggibile

N.B. La tabella dietetica, correttamente impaginata con numeri a piè di pagina, viene accolta solo se completa di frontespizio con intestazione della struttura, titolarità, indirizzo, firma del professionista che elabora il documento e data.