COMUNE DI GENOVA

Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento U.E. 2016/679) raccolti dal Comune di Genova, per la nomina delle Commissioni Mensa della città di Genova per l'anno scolastico 2019/2020 (DGC……..)

Titolare del trattamento dei dati personali è il COMUNE DI GENOVA, legale rappresentante il Sindaco *pro-tempore*, con sede in Via GARIBALDI n.9, Genova 16124, *e-mail*: urpgenova@comune.genova.it; PEC: comunegenova@postemailcertificata.it

L'Ufficio del Responsabile della Protezione dei dati personali per il Comune di Genova (DPO) è ubicato in Via Garibaldi n.9, Genova 16124, *e-mail: DPO@comune.genova.it, PEC: DPO.comge@postecert.it;* Telefono: 010-5572665.

Gli uffici del Servizio di Ristorazione Scolastica del Comune di Genova – Direzione Politiche dell'Istruzione per le nuove Generazioni , nell'ambito dell'attività finalizzata a per la nomina delle Commissioni Mensa della città di Genova per l'anno scolastico 2019/2020, di cui alla DGC….. tratterà i dati personali raccolti con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, alle condizioni stabilite dal Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD), in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici.

Nella fattispecie vengono raccolti dati personali come nome, cognome, indirizzo, codice fiscale, luogo e data di nascita, recapito telefonico e indirizzo mail per l'istruzione della pratica relativa alla domanda di partecipazione per la nomina componente della Commissione Mensa per l'anno scolastico 2019/2020.

I dati saranno trattati esclusivamente per le finalità di cui sopra dal personale del Comune di Genova e da eventuali collaboratori esterni, come Società, Associazioni o Istituzioni o altri soggetti espressamente nominati quali responsabili del trattamento. Al di fuori di queste ipotesi, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea.

I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario alla definizione di quanto richiesto dall'utente o quanto previsto dalla procedura e saranno successivamente conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

Alcuni dati potranno essere pubblicati *on line* nella sezione Amministrazione Trasparente in quanto necessario per adempiere agli obblighi di legge previsti dal D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. - testo unico in materia di accesso civico, obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al titolare del trattamento: accesso ai dati personali, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione al trattamento e diritto alla portabilità dei dati. L'apposita istanza al Titolare del trattamento dei dati personali è presentata tramite il Responsabile della protezione dei dati presso il Comune di Genova (DPO) i cui contatti sono indicati in apertura della presente informativa.

Gli interessati, ricorrendone i presupposti, hanno, altresì, il diritto di proporre reclamo al Garante quale autorità di controllo secondo le procedure previste ed indicate sul sito del Garante per la tutela dei dati personali (www.garanteprivacy.it).

COMUNE DI GENOVA

ALL. A
DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Spett.le
Segreteria Istituto Comprensivo
" _____ "

Via _____
Genova (GE)

OPPURE

Spett.le
Ambito Territoriale
Gestione Scuole Comunali
" _____ "

Via _____
Genova (GE)

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER LA NOMINA A COMPONENTE DELLA COMMISSIONE MENSA PER L'ANNO SCOLASTICO _____ - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28/12/2000 N. 445

Il/La sottoscritto/a _____ C.F.: _____ nato/a a _____ il _____ residente in _____ Via _____ n. _____, telefono _____, indirizzo di posta elettronica _____

Letto il Regolamento Comunale delle Commissioni Mensa (adottato con deliberazione del Consiglio Comunale n. _____ del _____), presenta la propria candidatura a componente della Commissione Mensa della Città di Genova e

CHIEDE

DI ESSERE INSERITO NELLA COMMISSIONE MENSA DELL'

(barrare la casella corrispondente al proprio interesse)

☐ ISTITUTO COMPRENSIVO "_____"

☐ AMBITO TERRITORIALE – GESTIONE SCUOLE COMUNALI N. _____

E, CONSAPEVOLE che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal D.P.R. 445/2000 è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (Art. 76 D.P.R. 445/2000) e del fatto che la Pubblica Amministrazione, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, effettuerà controlli, anche a campione, sulle dichiarazioni prodotte

DICHIARA

- Di essere

☐ **GENITORE**

☐ **TUTORE**

☐ **AFFIDATARIO**

☐ **INSEGNANTE/EDUCATORE/COLLABORATORE***

di _____ *(nome e cognome),* codice fiscale _____, nata/o a _____ il _____, **iscritto/a** per l'anno scolastico _____ a *(indicare la tipologia di struttura e la denominazione)* _____, Classe/sezione _____ e **fruitore** del servizio di ristorazione scolastica;

- Che il soggetto obbligato al pagamento del servizio di ristorazione scolastica è il sig./la sig.ra _____, nato/a a _____ il _____;

- di NON versare in situazione di morosità grave e reiterata nei confronti del pagamento delle quote di partecipazione al servizio di ristorazione scolastica;
- di NON essere titolare di incarico politico;
- di NON essere titolare o dipendente delle aziende di ristorazione che svolgano la propria attività nei confronti del Comune di Genova
- di NON aver riportato condanne per i reati di cui agli artt. 600 *bis* ("Prostituzione minorile"), 600 *ter* ("Pornografia minorile"), 600 *quater* ("Detenzione di materiale pornografico"), 600 *quater.1* ("Pornografia virtuale"), 600 *quinquies* ("Iniziative turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione minorile") e 609 *undecies* ("Adescamento di minorenni") del Codice Penale e condanne per i reati in materia di stupefacenti e sostanze psicotrope di cui al D.P.R. 309/1990 ("Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza");

Luogo e data _____ Firma _____

COMUNE DI GENOVA

Allegare copia carta d'identità in corso di validità

Note:
****** *L'INSEGNATE/L'EDUCATORE/ IL COLLABORATORE NON DEVE INSERIRE I DATI ANAGRAFICI DELL'ALUNNO*

ALL. A1
DICHIARAZIONE D'IMPEGNO

Spett.le
Segreteria Istituto Comprensivo
" _____ "

Via _____
Genova (GE)

OPPURE

Spett.le
Ambito Territoriale
Gestione Scuole Comunali
" _____ "

Via _____
Genova (GE)

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER LA NOMINA A COMPONENTE DELLA COMMISSIONE MENSA PER L'ANNO SCOLASTICO _____ - DICHIARAZIONE DI IMPEGNO AI SENSI DEL REGOLAMENTO COMUNALE DELLE COMMISSIONI MENSA

Il/La sottoscritto/a _____ C.F.: _____ nato/a a _____ il _____ residente in _____ Via _____ n. _____, telefono _____, indirizzo di posta elettronica _____

SI IMPEGNA, SIN D'ORA,

Ad assolvere l'incarico di componente della Commissione Mensa della Città di Genova, per il quale potrebbe essere nominato:
- con senso di responsabilità, motivazione, collaborazione nei confronti del Comune di Genova e degli utenti, impegnandosi, altresì, ad assolvere l'incarico per assicurare il miglioramento del servizio di Ristorazione Scolastica;
- nel rispetto ed in coerenza di quanto prescritto dal Regolamento Comunale delle Commissioni Mensa, dai Regolamenti Comunali pertinenti al settore della ristorazione scolastica, nonché dalle linee di indirizzo nazionale e regionale per la Ristorazione Scolastica, dalla Carta del Servizio di Ristorazione Scolastica e di tutte le indicazioni e prescrizioni rese dal Comune di Genova mediante propri atti e/o determinazioni dirigenziali esistenti all'atto della nomina;
- a partecipare a modulo formativo dedicato al ruolo da ricoprire ed avente ad oggetto i temi della Ristorazione Scolastica, fornendo, all'esito, evidenza documentale della frequenza;
- devono impegnarsi a redigere il verbale a seguito dell'attività di monitoraggio.

Luogo e data _____ Firma _____

Allegare copia carta d'identità in corso di validità

.

CENTRO DI RISTORAZIONE CON PASTI VEICOLATI

Pasti pronto per il consumo, preparati in cucine di proprietà/disponibilità aziendale e/o pubblica, trasportati e distribuiti presso I locali di distribuzione e consumo (refettori)

SCUOLA_____ DATA_____
Orario della visita dalle ore…….alle ore……

AZIENDA FORNITRICE DEI PASTI_____

Menù

1° PIATTO	
2° PIATTO	
CONTORNO	
FRUTTA	
FRUTTA SNACK (infanzia)	

PERSONALE		
Gli addetti sono dotati di divisa/abbigliamento dedicato	SI	NO
Gli addetti operano con ordine, organizzazione e cortesia	SI	NO
N. addetti……		

ARRIVO E DISTRIBUZIONE PASTI		
I tavoli sono apparecchiati e ordinati	SI	NO
Sono presenti stoviglie riutilizzabili	SI	NO
Le brocche per l'acqua sono provviste di coperchio	SI	NO
Sono presenti termometro e bilancia	SI	NO
Il pavimento del refettorio/disbrigo è pulito	SI	NO
I pasti sono pervenuti con puntualità (fra 30 minuti e 10 minuti dall'inizio del pasto)	SI	NO
I commensali sono arrivati in refettorio puntuali	SI	NO
Le diete speciali sono consegnate ai destinatari prima degli altri commensali	SI	NO
Le differenti portate sono distribuite con idoneo intervallo di tempo	SI	NO

(da verificare e compilare a fine visita per non interferire con le attività di distribuzione pasti)

DOCUMENTI DI TRASPORTO E CONSEGNA PASTI		
I pasti sono pervenuti con puntualità (fra 30 minuti e 10 minuti dall'inizio del pasto)	SI	NO
Orario arrivo pasti……		
Il documento di trasporto (D.D.T.) è visionabile	SI	NO
Doc. di trasporto n……..del…….. Orario partenza pasti……orario consegna……..(dati riportati nel DDT) n. pasti bambini…….n.pasti adulti…….(dati riportati nel DDT)		
Il documento di trasporto riporta orario di partenza e consegna pasti	SI	NO
Il numero utenti presenti corrisponde ai pasti ordinati/bolla consegna	SI	NO

MENU’		
E’ stata rilevata la temperatura delle portate	SI	NO
La temperatura rilevata è registrata e consultabile su apposita scheda	SI	NO
Temperatura 1° piatto……Temp. 2° piatto…….. Temp. Contorno……		
Temperatura 1° piatto……Temp. 2° piatto…….. Temp. Contorno		
La tabella degli ingredienti componenti il pasto è presente e visionabile	SI	NO
La tabella dei pesi a cotto è presente e visionabile	SI	NO
Il pasto del giorno corrisponde a quanto previsto da menu	SI	NO
La comunicazione di variazione menu è pervenuta e visionabile*	SI	NO
Il piatto campione è presente e visionabile	SI	NO

*in caso di variazione di menu

VALUTAZIONE SENSORIALE DEL PASTO A CURA DELLA COMMISSIONE

PRIMO PIATTO:			
Valutazione sensoriale:	□ **Buono**	□ **Sufficiente**	□ **Insufficiente**
Grado di cottura pasta/riso:	□ **Adeguato**	□ **Non adeguato**	
Quantità Porzione	□ **Adeguata**	□ **Non adeguata**	

SECONDO PIATTO:			
Valutazione sensoriale:	□ **Buono**	□ **Sufficiente**	□ **Insufficiente**
Quantità Porzione	□ **Adeguata**	□ **Non Adeguata**	

CONTORNO:			
Valutazione sensoriale:	□ **Buono**	□ **Sufficiente**	□ **Insufficiente**
Quantità Porzione	□ **Adeguata**	□ **Non adeguata**	

PANE:			
	□ **Buono**	□ **Poco buono**	□ **Non buono**
Eventuale segnalazione	□ **Troppo cotto**	□ **Poco cotto**	□ **Gommoso**

FRUTTA:			
	□ **Buona**	□ **Poco buona**	□ **Non buona**
Eventuale segnalazione	□ **Giusta maturazione**	□ **Insufficiente maturazione**	□ **Eccessiva maturazione**
FRUTTA POMERIDIANA:			
	□ **Buona**	□ **Poco buona**	□ **Non buona**
Eventuale segnalazione	□ **Giusta maturazione**	□ **Insufficiente maturazione**	□ **Eccessiva maturazione**

GRADIMENTO – CONSUMO

	COMPLETO > 80%	MEDIO <> 50%	NULLO < 10%
1^ PIATTO			
2^ PIATTO			
CONTORNO			
PANE			
FRUTTA/DESSERT			

SEGNALAZIONI

Eventuali segnalazioni di criticità contingente, che necessitano di trattamento/azione correttiva urgente, devono essere comunicate telefonicamente <u>nell'immediato</u> ai Funzionari Territoriali del Servizio o in caso di irreperibilità degli stessi al N. Verde Qualità (800446011) attivo dalle ore 9,30 alle ore 14,30, al fine di consentirne il trattamento/gestione (vedi Regolamento Commissioni mensa)

Le segnalazioni devono essere riportate per iscritto e nel dettaglio sul presente verbale, per facilitare l'accertamento di quanto segnalato.

Il Servizio Ristorazione procede alla valutazione operativa e risoluzione del problema in caso di criticità e ai conseguenti monitoraggi

OSSERVAZIONI / SEGNALAZIONI

In caso di criticità per rinvenimento corpo estraneo/prodotto difforme indicare dettagliatamente la problematica e prevedere sempre la compilazione del "*modulo per sottoscrizione di segnalazione corpo estraneo/difformità di prodotto*" – tale informazioni saranno utili per favorire la gestione della non conformità secondo procedura.

……..

……..

……

……

COMPILATORE…….. FIRMA…….
COMPILATORE…….. FIRMA…….

Azienda: sottoscrizione del Responsabile/Operatore/Addetto per presa visione……...
Scuola (centro di ristorazione/cucina) per presa visione del personale addetto…….

OSSERVAZIONI: …….

N.B. Il verbale, compilato in loco, a termine visita, deve essere posto in visione al personale addetto al servizio che deve vistarlo per presa visione; eventuali osservazioni potranno essere riportate nello spazio dedicato.

DATA……..

IL VERBALE DEVE PERVENIRE **ENTRO 3 GIORNI LAVORATIVI** ALL'UFFICIO TERRITORIALE DEL SERVIZIO DI RISTORAZIONE DI PERTINENZA ESCLUSIVAMENTE PER VIA TELEMATICA. IL COMMISSARIO MENSA, IN COLLABORAZIONE CON LA SEGRETERIA, PROVVEDERA' ALL'AFFISSIONE DEL VERBALE NELLA BACHECA DELLA SCUOLA.
IN CASO DI VISITA PRESSO CENTRO COTTURA AZIENDALE IL VERBALE DOVRA' ESSERE LASCIATO NELL'IMMEDIATO IN COPIA (POSSIBILITA' DI UTILIZZO IN LOCO DI FOTOCOPIATORE), OLTRECHE' SEGUIRE LE INDICAZIONI DI CUI SOPRA.

SI AUTORIZZA LA PUBBLICAZIONE DEL PRESENTE VERBALE | SI | NO |

CENTRO DI RISTORAZIONE CON CUCINA DIRETTA
Cucina di proprietà comunale gestita con personale comunale
CENTRO DI RISTORAZIONE CON CUCINA ESTERNALIZZATA – CENTRALIZZATA
Cucina di proprietà pubblica gestita con personale aziendale
CENTRO DI PRODUZIONE PASTI/FORNITURA DERRATE
Cucine di proprietà pubblica o aziendale ove si producono pasti pronti veicolati
Magazzini di stoccaggio/preparazione pasti a crudo

Menù

1° PIATTO	
2° PIATTO	
CONTORNO	
FRUTTA	
MERENDA (nidi)	
FRUTTA SNACK (infanzia)	

Orario della visita: dalle ore…….alle ore…….
□ **Centro di ristorazione (diretta/esternalizzata/centralizzata)**

SCUOLA_____ DATA_____

PERSONALE		
Il personale di cucina è dotato di divisa/abbigliamento dedicato	SI	NO
Il personale opera con ordine, organizzazione e cortesia	SI	NO
N. addetti	……	

CONSEGNA DELLE DERRATE		
Le derrate pervengono nei tempi previsti (non prima delle h. 7,45 entro le h 8,45)	SI	NO
Orario arrivo……..		

CONSERVAZIONE E STOCCAGGIO DELLE DERRATE		
Le preparazioni di giornata (semilavorati/piatti pronti) sono conservate/mantenute in contenitori di acciaio e coperti	SI	NO
Il frigorifero è pulito e in ordine	SI	NO
Gli alimenti e le preparazioni conservate nel frigorifero/celle hanno etichetta e/o sono state ri- etichettate a cura dell'azienda qualora trattasi di alimento in confezione non originale	SI	NO
I pavimenti della dispensa/magazzino sono puliti	SI	NO
Le derrate sono conservate in modo appropriato e suddivise per tipologia	SI	NO
I prodotti per le diete speciali sono conservate in modo ordinato suddivise per tipologia	SI	NO

ZONA COTTURA		
Il pavimento, i piani di lavoro sono puliti e ordinati	SI	NO

SALA RISTORO E DISTRIBUZIONE DEL PASTO		
La sala ristoro è pulita e ordinata	SI	NO
Le diete speciali sono distribuite ai destinatari prima degli altri commensali	SI	NO

MENU'		
E' stata rilevata la temperatura delle portate	SI	NO
La tabella degli ingredienti componenti il pasto è presente e visionabile	SI	NO
La tabella dei pesi a cotto è presente e visionabile	SI	NO
Il pasto del giorno corrisponde a quanto previsto da menu	SI	NO
La comunicazione di variazione menu è pervenuta e visionabile*	SI	NO
Il piatto campione è presente e visionabile	SI	NO

*in caso di variazione di menu

□ **Centro Produzione Pasti/Fornitura Derrate _____**

MENU		
Il menù del giorno corrisponde a quanto previsto dal menu giornaliero, per i differenti ordini di scuola	SI	NO

PERSONALE		
Il personale addetto indossa la divisa/abbigliamento dedicato	SI	NO
Il personale utilizza mascherina e guanti monouso per la preparazione dei piatti freddi	SI	NO
Il personale addetto indossa abbigliamento pulito e ordinato	SI	NO
Gli addetti sono cortesi e bene organizzati nella gestione del lavoro	SI	NO

RICEVIMENTO, CONSERVAZIONE E STOCCAGGIO DELLE DERRATE/PASTI		
I pavimenti, le scaffalature e i piani d'appoggio sono puliti e ordinati	SI	NO
Le derrate sono stoccate in modo ordinato, suddivise per tipologia.	SI	NO
Le celle frigorifere sono pulite e in ordine	SI	NO
Gli alimenti e le preparazioni conservate nel frigorifero/celle hanno etichetta e/o sono state ri- etichettate a cura dell'azienda, qualora trattasi di alimento in confezione non originale	SI	NO
I prodotti dietetici sono conservati con ordine e con relativa identificazione	SI	NO

ZONA COTTURA CENTRO PRODUZIONE PASTI		
I pavimenti, i piani di lavoro sono puliti e ordinati (tenendo conto delle attività/lavorazioni di cucina in atto in relazione alla fascia oraria della visita)	SI	NO
La zona è dotata di attrezzature e piani lavoro utili/necessarie per le lavorazioni previste	SI	NO
Le diete speciali sono preparate in zona dedicata	SI	NO

ADEGUATO STATO DI PULIZIA DELLE ZONE DI PREPARAZIONE INTERMEDIE (LAVAGGIO DERRATE, CUCINA DIETETICA, PREPARAZIONE PIATTI FREDDI)		
I pavimenti, i piani di lavoro sono puliti e ordinati (tenendo conto delle attività/lavorazioni di cucina in atto, in relazione alla fascia orario della visita)	SI	NO

CONFEZIONAMENTO E TRASPORTO PASTI/DERRATE		
Il piano trasporti è visionabile presso il Centro Produzione Pasti	SI	NO
La partenza dei mezzi di trasporto per consegna dei pasti/derrate ai terminali scolastici corrisponde al piano	SI	NO
Verifica partenza: mezzo di trasporto per consegna alla scuola/……. Orario partenza rilevato……DDT n.……del……..		
I contenitori dedicati sono puliti e integri	SI	NO
I mezzi di trasporto hanno vano di carico pulito e ordinato	SI	NO

TRACCIABILITA' DEGLI ALIMENTI

□ **Centro Produzione Pasti / Fornitura Derrate _____**

□ **Centro di ristorazione (diretta/esternalizzata/centralizzata) _____**

Compilare i dati di almeno 3 prodotti

Tipologia Prodotto	Marca	Lotto	Data Scadenza	Altre indicazioni rilevate

VALUTAZIONE SENSORIALE DEL PASTO A CURA DEI COMMISSARI

PRIMO PIATTO:			
Valutazione sensoriale:	□ **Buono**	□ **Sufficiente**	□ **Insufficiente**
Grado di cottura pasta/riso:	□ **Adeguato**	□ **Non adeguato**	
Quantità Porzione	□ **Adeguata**	□ **Non adeguata**	

SECONDO PIATTO:			
Valutazione sensoriale:	□ **Buono**	□ **Sufficiente**	□ **Insufficiente**
Quantità Porzione	□ **Adeguata**	□ **Non adeguata**	

CONTORNO:			
Valutazione sensoriale:	□ **Buono**	□ **Sufficiente**	□ **Insufficiente**
Quantità Porzione	□ **Adeguata**	□ **Non adeguata**	

PANE:			
	□ **Buono**	□ **discreto**	□ **Non Buono**
Eventuale segnalazione	□ **Molto cotto**	□ **Poco cotto**	□ **Gommoso**

FRUTTA:			
	□ **Buona**	□ **discreta**	□ **Non Buona**
Eventuale segnalazione:	□ **Insufficiente maturazione**	□ **Eccessiva maturazione**	**Altro …….**
FRUTTA POMERIDIANA:			
	□ **Buona**	□ **discreta**	□ **Non Buona**
Eventuale segnalazione	□ **Insufficiente maturazione**	□ **Eccessiva maturazione**	**Altro ……..**

GRADIMENTO

	COMPLETO > 80%	MEDIO <> 50%	NULLO < 10%
1^ PIATTO			
2^ PIATTO			
CONTORNO			
PANE			
FRUTTA/DESSERT			
FRUTTA SNACK (inf)			

SEGNALAZIONI

Eventuali segnalazioni di criticità contingente, che necessitano di trattamento/azione correttiva urgente, devono essere comunicate telefonicamente nell'immediato ai Funzionari Territoriali del Servizio o in caso di irreperibilità degli stessi al N. Verde Qualità (800446011) attivo dalle ore 9,30 alle ore 14,30, al fine di consentirne il trattamento/gestione (vedi Regolamento Commissioni mensa)

Le segnalazioni devono essere riportate per iscritto e nel dettaglio sul presente verbale, per facilitare l'accertamento di quanto segnalato.

Il Servizio Ristorazione procede alla valutazione operativa e risoluzione del problema in caso di criticità e ai conseguenti monitoraggi

OSSERVAZIONI / SEGNALAZIONI

In caso di criticità per rinvenimento corpo estraneo/prodotto difforme indicare dettagliatamente la problematica e prevedere sempre la compilazione del "*modulo per sottoscrizione di segnalazione corpo estraneo/difformità di prodotto*" – tale informazioni saranno utili per favorire la gestione della non conformità secondo procedura.

……..

……..

……

……

COMPILATORE…….. FIRMA…….
COMPILATORE…….. FIRMA…….

Azienda: sottoscrizione del Responsabile/Operatore/Addetto per presa visione……...
Scuola (centro di ristorazione/cucina) per presa visione del personale addetto…….

OSSERVAZIONI: …….

N.B. Il verbale, compilato in loco, a termine visita, deve essere posto in visione al personale addetto al servizio che deve vistarlo per presa visione; eventuali osservazioni potranno essere riportate nello spazio dedicato.

DATA……..

IL VERBALE DEVE PERVENIRE **ENTRO 3 GIORNI LAVORATIVI** ALL'UFFICIO TERRITORIALE DEL SERVIZIO DI RISTORAZIONE DI PERTINENZA ESCLUSIVAMENTE PER VIA TELEMATICA. IL COMMISSARIO MENSA, IN COLLABORAZIONE CON LA SEGRETERIA, PROVVEDERA' ALL'AFFISSIONE DEL VERBALE NELLA BACHECA DELLA SCUOLA.
IN CASO DI VISITA PRESSO CENTRO COTTURA AZIENDALE IL VERBALE DOVRA' ESSERE LASCIATO NELL'IMMEDIATO IN COPIA (POSSIBILITA' DI UTILIZZO IN LOCO DI FOTOCOPIATORE), OLTRECHE' SEGUIRE LE INDICAZIONI DI CUI SOPRA.

SI AUTORIZZA LA PUBBLICAZIONE DEL PRESENTE VERBALE SI NO

ALL. D
MODULO SITUAZIONE VACCINALE

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

(art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

(cognome e nome)

Nato/a a _____ (_____) il _____

(luogo e provincia)

Residente in _____ (_____)

(luogo e provincia)

In via/piazza _____ n. _____

(indirizzo)

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal D.P.R. 445/2000 è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (Art. 76 D.P.R. 445/2000) e del fatto che la Pubblica Amministrazione, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, effettuerà controlli, anche a campione, sulle dichiarazioni prodotte,

in qualità di candidato al ruolo di commissario mensa per *(indicare la denominazione dell'Istituto Comprensivo o della Segreteria d'Ambito Territoriale per il quale/la quale è stata presentata la candidatura)*

_____

DICHIARA

Di aver effettuato le seguenti vaccinazioni *(barrare la casella corrispondente alla propria situazione vaccinale)*:

- o Anti – poliomielitica
- o Anti – difterica
- o Anti – tetanica
- o Anti – epatite B
- o Anti – pertosse
- o Anti – morbillo
- o Anti – rosolia
- o Anti – varicella
- o Anti – parotite

- Anti - haemophilus influenzae tipo B

Spazio per eventuali note:

_____
_____
_____
_____
_____

Luogo e data _____

Il/La dichiarante

Allegare copia del documento d’identità in corso di validità