



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA LOMBARDIA
Istituto Comprensivo Statale "Via Pace" Via Pace, 38 - 20812 Limbiate (MB)
Tel. 0299489216 - Fax 0299055898 -- e-mail: MIIC8F900D@istruzione.it
PEC: MIIC8F900D@pec.istruzione.it Sito: www.icpacelimbiate.gov.it – C. M. MIIC8F900D
Codice Univoco Ufficio: UFY500 Codice Fiscale: 83011470156

Circ. n. 36

Limbiate, 19/10/2017

- A tutto il personale dell'Istituto
Comprensivo
"Via Pace"
- Agli Atti

Oggetto: modulo segnalazione anomalie servizio mensa scolastica.

Si invia il modulo per la segnalazione di eventuali anomalie del servizio mensa scolastica.

Il Dirigente Scolastico
Dott. Massimo Morselli

Firma apposta ai sensi dell'art.3 comma 2 D. L.v n.39/93



FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

pon
2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Direzionale per la Programmazione
Direzionale Centrale per l'Intervento in materia di attività
scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per
l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio 70



COMUNE DI LIMBIATE

MODULO SEGNALAZIONE ANOMALIE DEL SERVIZIO

Scuola : _____ Classe: _____ Data: _____ Ore: _____	A : Ufficio pubblica istruzione Tel. 02. 99097632-230-327 Fax 02.99097213 Email: servizi.educativi@comune.limbiate.mb.it
---	--

ANOMALIA RISCONTRATA: ALIMENTO..... <input type="checkbox"/> data di scadenza non a norma <input type="checkbox"/> integrità confezione <input type="checkbox"/> qualità o tipologia consegnata <input type="checkbox"/> presenza corpi estranei <input type="checkbox"/> presenza infestanti <input type="checkbox"/> ritardo <input type="checkbox"/> dieta <input type="checkbox"/> igiene <input type="checkbox"/> porzioni/alimento insufficiente/mancante Orario segnalazione _____ Orario Arrivo _____	Descrizione dell'anomalia riscontrata anomalia riscontrata in fase di : <input type="checkbox"/> CONSEGNA CONTENITORI <input type="checkbox"/> SOMMINISTRAZIONE La presente contestazione è stata inviata all'Ufficio Pubblica istruzione in data _____ tramite Fax <input type="checkbox"/> A mano <input type="checkbox"/>
---	--

Eventuali osservazioni	
------------------------	--

Compilato da: (nome e cognome in stampatello) in qualità di: <input type="checkbox"/> insegnante <input type="checkbox"/> genitore	FIRMA DEL COMPILATORE _____
--	------------------------------------

FIRMA PER PRESA VISIONE ADDETTA SODEXO (per esteso e leggibile)	NOTE DELL'ADDETTA _____
---	--------------------------------

	allegato 1 modulo segnalazione anomalie servizio
--	--