

PROTOCOLLO di CONTROLLO per la RISTORAZIONE SCOLASTICA

scheda genitori

- **accertamento** del _____
(indicare la data del sopralluogo)

effettuato dal Comitato Mensa della scuola/asilo nido _____
presso:

- office - refettorio della scuola/asilo nido _____
- cucina - centro cottura _____

(barrare con X la voce che interessa ed indicare il nome della scuola/centro cottura)

MENU DEL GIORNO:

- **Situazione delle derrate alimentari**

(barrare con X la voce che interessa)

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| - Imballaggi puliti | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Imballaggi sollevati da terra | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Confezioni scadute | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Confezioni rovinare, ammaccate | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Sostanze estranee insieme agli alimenti | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

La qualità in generale vi sembra: BUONA DISCRETA INADEGUATA

Le caratteristiche della frutta e il grado di maturazione _____

Le caratteristiche della verdura _____

- **Situazione dei locali cucina/dispensa**

(barrare con X la voce che interessa)

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| - Pavimento pulito | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Soffitto pulito | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Pareti pulite | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Muffe | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Finestre con reti antimosche | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Le attrezzature di lavoro sono pulite | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - I piani di lavoro sono puliti | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Gli utensili sono puliti | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Le stoviglie sono ben asciutte | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Sulle stoviglie ci sono patine bianche, residui di cibo, macchie di ruggine | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

PROTOCOLLO di CONTROLLO per la RISTORAZIONE SCOLASTICA

• **Produzione dei pasti**

(barrare con X la voce che interessa)

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| - Le pietanze cotte sono mantenute a temperature ambiente | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Le pietanze crude sono mantenute a temperature ambiente | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

• **Veicolazione dei pasti**

(barrare con X la voce che interessa)

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| - Intercorre molto tempo tra la cottura e la sistemazione dei pasti nei contenitori adibiti alla veicolazione? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - I contenitori adibiti alla veicolazione sono puliti? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Viene controllata la temperatura prima del trasporto dei pasti? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Gli autoveicoli adibiti al trasporto sono adeguati? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Rispetto degli orari dei pasti | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Caratteristiche dei pasti alla consegna:

• **Igiene del personale**

(barrare con X la voce che interessa)

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| - Il personale addetto alla cucina osserva le norme igieniche personali: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Vestiario di colore chiaro | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Vestiario pulito | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Uso di copricapo che contiene la capigliatura | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Mani pulite, unghie corte e assenza di smalto, anelli o altro | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Uso di guanti monouso | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Rispetto del divieto di fumare nei reparti di lavorazione e distribuzione | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

• **Valutazione complessiva:** _____

• **Proposte:** _____

*Nominativo del genitore**

Firma del genitore

* in stampatello