

SCHEDA DI SOPRALLUOGO

Scuola _____ Comune di _____
Commissario/i intervenuto/i al sopralluogo _____
data sopralluogo _____ dalle ore _____ alle ore _____
n. utenti pasto _____ n. pasti forniti _____

MENÙ E GRADIMENTO DEI CIBI

Specificare il piatto del giorno e barrare la casella interessata

Primo piatto	Secondo piatto	Piatto unico	Verdure	Pane	Frutta	Dolce/ Yogurt
Corrisponde al menù						
<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no						
Accettato > ^{1/2}						
Accettato < ^{1/2}						

Diete speciali n. _____ note: _____

Se frutta/pane non vengono consumati a pasto: sono proposti a merenda altro _____

Il menù comprende la merenda del mattino? sì no

Osservazioni: _____

VERIFICA DELLE PORZIONATURE

	Primo piatto	Secondo piatto	Piatto unico	Verdure (due tipi)	Pane	Frutta	Dolce/ Yogurt
Sì							
No (specificare)							
Viene dato il bis	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no						

Chi decide le porzioni: addetti alla distribuzione alunni
 insegnanti altro _____

Osservazioni: _____

RISPETTO DEI TEMPI DI CONSEGNA E SOMMINISTRAZIONE DEI CIBI (pasti veicolati)

- Pasti preparati dal Centro Cottura di _____
- Orario arrivo dei pasti _____
- Orario distribuzione dei pasti _____

Osservazioni: _____

QUALITÀ SENSORIALE DEI CIBI

	Primo piatto	Secondo piatto	Piatto unico	Verdure	Pane	Frutta	Dolce/ Yogurt
Aspetto							
Odore							
Sapore							
Temperatura							

Valutate dando un punteggio da 1 a 4 (1= insufficiente; 2 = accettabile; 3 = buono; 4 = ottimo)
 Osservazioni: _____

FUNZIONAMENTO E QUALITÀ DEL SERVIZIO

- Sistema di distribuzione servizio al tavolo self service
- Tempo dedicato al consumo dei pasti sufficiente insufficiente (<a 30 minuti)
- Addetti alla ristorazione n° _____ n° sufficiente n° insufficiente
- Atteggiamiento degli addetti buono accettabile non accettabile
attenzione, puntualità, premura, disponibilità, capacità educativa
- Pulizia di attrezzature, tavoli, stoviglie adeguata non adeguata
- Presentazione del piatto buona accettabile non adeguata

Osservazioni: _____

LOCALE/I DI REFEZIONE

- **Spazio del refettorio** adeguato non adeguato
- **Disposizione tavoli** adeguata non adeguata
- **Luminosità** sufficiente insufficiente
- **Ricambio d'aria** sufficiente insufficiente
- **Temperatura** accettabile non accettabile
- **Rumorosità** accettabile non accettabile
- **Pulizia** adeguata non adeguata

Osservazioni: _____

Comportamento dei partecipanti al pasto (bambini, insegnanti, operatori della ditta di ristorazione, ecc.): _____

Firma _____