



CITTÀ DI SESTO SAN GIOVANNI

MEDAGLIA D'ORO AL VALOR MILITARE

Settore Socio Educativo - Politiche giovanili e del lavoro

Scheda di valutazione pasto

Data di valutazione ____/____/____

Denominazione scuola _____ ☐ Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria di primo grado

Settimana: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Giorno: ☐ Lunedì ☐ Martedì ☐ Mercoledì ☐ Giovedì ☐ Venerdì

Orario di consegna pasti ____:____	Numero addette _____	Orario inizio distribuzione ____:____
------------------------------------	----------------------	---------------------------------------

	Descrizione Primo Piatto:	Descrizione Secondo Piatto:	Descrizione Contorno:	Descrizione Frutta/Dessert:
Corrispondenza al menù	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
Temperatura adeguata	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	-----
Porzioni adeguate	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO

Grado di maturazione della frutta:	☐ Adeguata ☐ Eccessiva ☐ Acerba
------------------------------------	--

Tempi impiegati per la distribuzione dei piatti e durata del pranzo			
Durata distribuzione 1° piatto	☐ inferiore ai 10 minuti	☐ tra i 10 e i 20 minuti	☐ superiore ai 20 minuti
Durata distribuzione 2° piatto	☐ inferiore ai 10 minuti	☐ tra i 10 e i 20 minuti	☐ superiore ai 20 minuti
Durata pasto	☐ inferiore ai 30 minuti	☐ tra i 30 e i 60 minuti	☐ superiore ai 60 minuti

Cottura dei piatti			
	Adeguata	Eccessiva	Scarsa
Primo piatto	☐	☐	☐
Secondo piatto	☐	☐	☐
Contorno	☐	☐	☐

Indice di gradimento del pasto *				
	Tutto tra 75% e 100%	Abbastanza tra 50% e 74%	Poco tra 25% e 49%	Niente tra 0% e 24%
Primo piatto	☐	☐	☐	☐
Secondo piatto	☐	☐	☐	☐
Contorno	☐	☐	☐	☐
Frutta	☐	☐	☐	☐

*Si calcola sul numero dei bambini che hanno mangiato più della metà della porzione servita (es.: classe da 25 bambini con 20 che hanno mangiato più della metà, la percentuale è $20/25 \times 100 = 80\%$, quindi l'indice di gradimento è TUTTO).

Giudizio globale del pasto servito (indicatori da linee guida di Regione Lombardia)	☐ Buono ☐ Sufficiente ☐ Insufficiente
--	--

	Adeguate/a
Abbigliamento del personale	☐ SI ☐ NO
Pulizia e igiene dei refettori	☐ SI ☐ NO
Pulizia stoviglie	☐ SI ☐ NO
Integrità e quantità stoviglie	☐ SI ☐ NO

Numero addette al servizio	n° _____
----------------------------	----------

Nominativo del commissario (in stampatello) _____
Firma del commissario _____ ☐ docente ☐ genitore

Eventuali note/suggerimenti