



Protocollo:

Data:

COMMISSIONE MENSA

Scuola _____

di _____

SCHEDA DI VALUTAZIONE

Visita di controllo effettuata in data _____

da _____

Esprimere un giudizio utilizzando i seguenti parametri

mettere una crocetta nella casella si/no

oppure indicare il giudizio: ottimo=1, buono=2, discreto=3, sufficiente=4, scadente=5

GIUDIZIO

A. QUALITA' DEI CIBI

Il pasto è preparato secondo il menù settimanale?

➤ Primo piatto

➤ Secondo piatto

➤ La frutta/i contorni/il dolce

si

no

si

no

si

no

si

no

Il cibo servito è a temperatura giusta per tutti gli alunni?

1; 2; 3; 4; 5

La frutta e la verdura presentano anomalie?

si

no

La quantità delle porzioni è corretta?

1; 2; 3; 4; 5

Il cibo è gustoso e cucinato in modo corretto?

1; 2; 3; 4; 5

Il cibo è stato gradito dagli alunni?

1; 2; 3; 4; 5

B. PERSONALE E SERVIZIO

Il personale addetto alla preparazione e distribuzione dei pasti:

➤ porta le cuffie di protezione e idoneo abbigliamento?

➤ ha curato la propria igiene personale?

➤ indossa indumenti puliti?

si

no

si

no

si

no

Il locale refettorio, i tavoli, le stoviglie e gli arredi sono puliti?

1; 2; 3; 4; 5

Le modalità di svolgimento del servizio sono funzionali?

1; 2; 3; 4; 5

La puntualità nella distribuzione del pasto è:

1; 2; 3; 4; 5

Il rapporto del personale di cucina con gli alunni è corretto?

1; 2; 3; 4; 5

C. COMFORT DELL'AMBIENTE

La temperatura dell'ambiente in cui è consumato il pasto è adeguata?

1; 2; 3; 4; 5

Il rumore durante la consumazione del pasto è moderato?

1; 2; 3; 4; 5

Il refettorio è accogliente?

1; 2; 3; 4; 5

D. GIUDIZIO COMPLESSIVO

1; 2; 3; 4; 5

SUGGERIMENTI

Firma componenti Commissione mensa:

Per presa visione Responsabile di cucina
