



ID_struttura

01. Nome della struttura ristorazione

02. Tipologia

Ristorante

Trattoria

Agriturismo

Altro

03. Indirizzo Via/Piazza N.

CAP Comune PR

04. Ubicazione

Piano, struttura associata, interno, ecc.

05. Recapiti

Tel. Nota

Fax Nota

Tel. Nota

Fax Nota

E-mail Nota

E-mail Nota

Le e-mail devono essere relative alla struttura. Quella del responsabile/referente va indicata nella scheda personale.

06. Orari

Orario apertura

Giorno di chiusura Periodo di chiusura

Nota

07. Referente ristorazione

Nome Cognome

07a. Profilo professionale

Amministrativo

Tecnico Agronomo

Contabile

Tecnico comunicazione / Educazione ambientale

Tecnico Pianificazione

Guardiaparco

Tecnico Naturalista

Altro

07b. Livello B C D Dirigente Altro

08. Note

Specificare se il referente non è dipendente dell'Area Protetta



09. Lingue straniere parlate

10. Sono presenti zone fumatori?

SI NO

11. Tipi di tavoli

Indicare se tavoli tondi, quadrati, piede centrale, quattro piedi, etc.

11a. Spazio libero sottostante il tavolo (cm)

12. Sono previsti menù per:

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetici | <input type="checkbox"/> Allergici |
| <input type="checkbox"/> Sofferenti ai reni | <input type="checkbox"/> Celiaci |
| <input type="checkbox"/> Bambini | <input type="checkbox"/> Anziani |
| <input type="checkbox"/> Altro | |

Indicare per esteso eventuali menù non previsti nell'elenco.

13. Viene svolto il servizio a tavolo?

SI NO

14. Il servizio è self - service?

SI NO

15. Altezza buffet (cm)

Indicare l'altezza massima a cui vengono poste le pietanze

16. Passaggio più stretto (cm)

Per "passaggio più stretto" si intendono percorsi obbligati di larghezza inferiore ai 70 cm.

17. Il personale è in grado di fornire indicazioni sugli alimenti che compongono i diversi piatti?

SI NO

18. È presente una segnaletica di orientamento?

SI NO

19. Sono presenti percorsi tattili?

SI NO

20. Esiste un servizio igienico?

SI NO



21. Sistema d'allarme NO SI, acustico SI, acustico e visivo SI, vibratile

22. Presenza di ostacoli sul percorso per l'uscita di sicurezza? SI NO

22a. Quali?

23. Sono presenti percorsi tattili per le vie di fuga? SI NO

24. Le vie di fuga conducono a

- Luogo sicuro statico accessibile ad esempio: terrazza o giardino pensile
- Spazio calmo accessibile ad esempio: camera compartimentata con porte tagliafuoco, spazi fuori dalle vie di fuga
- Via d'esodo accessibile si intende la via di fuga accessibile
- Uscita di sicurezza inaccessibile

25. Note

26. Note



SCHEDE ASSOCIATE

schede tipologiche	Scheda T1 - STRUTTURE ISTITUZ. / DIDATTICHE				
	Scheda T2 - SALA SERVIZI				
	Scheda T3 - RISTORAZIONE				
	Scheda T4 - STRUTTURA RICETTIVA				
	Scheda T5 - STRUTTURA ESPOSITIVA				
	Scheda T6 - SENTIERO				
	Scheda T7 - CAPANNO				
	Scheda T8 - PUNTO PANORAMICO				
	Scheda T9 - AREA ATTREZZATA				
	Scheda T10 - GIARDINO BOTANICO				
schede funzionali	Scheda F1 - PARCHEGGIO				
	Scheda F2 - ENTRATA				
	Scheda F3 - PERCORSO INTERNO				
	Scheda F4 - RECEPTION				
	Scheda F5 - WC				
	Scheda F6 - CAMERA				
	Scheda F7 - SPOGLIATOIO				
	Scheda A1 - ASCENSORE				
	Scheda A2 - SERVOSCALA				
	Scheda A3 - SCALA				
	Scheda A4 - RAMPA				
schede formazione	Scheda P1 - PERSONALE				
schede servizi / risorse	Scheda S1 - SERVIZI AP				
	Scheda S2 - FACILITATORE				
	Scheda S3 - RISORSA TERRITORIALE				
	Scheda S4 - MATERIALI INFORMATIVI				

Se le schede associate sono più di 4, aggiungere un altro foglio

SODDISFACIMENTO DEI BISOGNI

	Buono	Parziale	Scarso
Persona con allergia alimentare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Famiglia con bambini in passeggino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persona obesa, donna in gravidanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persona anziana, claudicante, cardiopatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persona sorda o ipoudente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persona cieca o ipovedente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persona in carrozzina con accompagnatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persona in carrozzina autonoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note