



AYUNTAMIENTO DE SANTANDER

CONCEJALÍA DE FAMILIA,
SERVICIOS SOCIALES,
AUTONOMÍA PERSONAL E
IGUALDAD



INFORME DE INDICACIONES DIETÉTICAS

(CUMPLIMENTAR POR PROFESIONALES MÉDICOS O DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD)

MOTIVO: SOLICITAR EL SERVICIO DE COMIDA A DOMICILIO DEL AYUNTAMIENTO DE SANTANDER.

SOLICITANTE:

APELLIDOS Y NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

TIPO DE DIETA (marcar con una X)

BASAL	SIN SAL
ÁCIDO ÚRICO	COLESTEROL/BAJA EN GRASAS
FÁCIL MASTICACIÓN	TURMIX
DIABÉTICO	
OTROS	

INTOLERANCIAS ALIMENTICIAS:

SI

NO

OBSERVACIONES:

Santander, _____ de _____ de _____.

Fdo.(Nombre y apellidos) _____

Centro de Trabajo _____

N ° Colegiado _____

**Servicios Sociales.
Sección de Mayores**