

División de Salud y Discapacidad

Programa Institucional de Asuntos Estudiantiles - Secretaria de Extension Universitaria

FECHA: / /

DATOS: ESTUDIANTE ☐ PAS ☐ DOCENTE ☐ GRADUADO ☐ COMUNIDAD ☐

APELLIDO NOMBRE

DNI N° CARRERA/ DIPLOMA.....

EDAD E-MAIL.....

FECHA DE DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD CELÍACA

SALUD (Marque con una cruz la correcta)

TIENE OBRA SOCIAL SI ☐ NO ☐ OTROS

ENCUESTA DE TRATAMIENTO (Marque con una cruz)

¿REALIZA DIETA LIBRE DE GLUTEN?

SIEMPRE ☐
A VECES ☐
NUNCA ☐

1) ¿LA COMIDA LA
TRAE DE SU CASA? SI ☐ NO ☐
(Marque con una cruz)

2) ¿ DESEARIA PODER
CONTAR CON
PRODUCTOS APTOS EN SI ☐ NO ☐
EL COMEDOR?
(Marque con una cruz)

ESTOS PRODUCTOS YA SE ENCUENTRAN EN EL COMEDOR. ¿CUÁLES SON DE SU AGRADO? (Marque con una cruz)

Empanadas de jamón y queso, verdura,carne, pollo o atún y fatay ☐

Galletitas sabor provolone, nutela y pepas ☐

Alfajor de maicena ☐

Alfajor de chocolate ☐

Conitos de dul/leche ☐

Ravioles y canelones ☐

Mila de soja/quinoa ☐

Chips de papas y batatas ☐

¿DESEARÍA SUGERIRNOS COMIDAS PARA OFRECER EN EL COMEDOR?

.....
.....

FIRMA Y ACLARACIÓN

OBSERVACIONES

.....

(Entregar la planilla en Box 13 - División de Salud y Discapacidad de 9 a 18 Hs. Mail: saludydiscapacidad@unq.edu.ar)