



División de Salud y Discapacidad

Programa Institucional de Asuntos Estudiantiles - Secretaria de Extension Universitaria

FECHA: ..... / ..... / .....

DATOS: ESTUDIANTE  PAS  DOCENTE  COMUNIDAD

APELLIDO ..... NOMBRE .....

DNI N° ..... CARRERA/ CURSO/ AREA.....

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 EL COMEDOR? SI  NO   
(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)