

MODULO GELATERIE

Compilare e rispedire a: ASSOCIAZIONE ITALIANA CELIACHIA REGIONE LOMBARDIA

NOME e COGNOME _____

Proprietario/gestore della Gelateria _____

Indirizzo (gelateria) _____ Città _____ C.A.P. _____

Tel./Fax _____

e-mail _____

per cortesia scrivere in stampatello in modo molto chiaro e leggibile

Indirizzo web _____

Sai cos'è la celiachia? _____

Hai già frequentato un corso gelatieri AIC? _____

Se sì dove e quando _____

Prepari già gelati senza glutine? _____

Se sì, nella preparazione dei gelati usi semilavorati privi di glutine? _____

Se sì di quale Azienda? _____

Se no quali ingredienti usi? _____

Nelle preparazione e distribuzione del senza glutine adotti particolari accorgimenti? _____

Il gelato senza glutine è segnalato ai clienti? _____

Se sì, in che modo? _____

Nella distribuzione si serve il gelato senza glutine con cialde e coni idonei ai celiaci? _____

Se sì di quale Azienda? _____

Pensi sia difficoltoso produrre e vendere contemporaneamente sia gelati con glutine che senza glutine? _____

Perché? _____

Milano, Settembre 2004

