

ASSAGGIATORE (Nome e Cognome) _____

PLESSO DI _____

	ALIMENTO	Vista	Olfatto	Sapore / gusto	Sensazioni tattili									AMBIENTE					
		ASPETTO - Presentazione e del piatto	PROFUMO	Sapore - (mi piace - non mi piace)	temperatura di consumo	Grado di cottura	Consistenza	Rumorosità	Temperatura, luminosità	accoglienza									
SETTIMANA 3 da 1 a 5 Feb. Giorno assaggio _____																			
SETTIMANA 4 da 8 a 11 Feb Giorno assaggio _____																			
SETTIMANA 1 da 15 a 19 Feb Giorno assaggio _____																			
SETTIMANA 2 da 22 a 26 Feb Giorno assaggio _____																			

Buono
Accettabile
Sgradevole

<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px; margin-bottom: 10px;"></div> <p>Eventuali <u>NOTE</u> <u>SINTETICHE</u></p>	<p>← _____ Giudizio complessivo (da 1 a 10)</p> <hr/> <p>→ _____</p>
---	--