



**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
U.O. C. IGIENE ALIMENTI ORIGINE ANIMALE**

**CALENDARIO VISITE DEI SUINI MACELLATI A DOMICILIO
PRESSO I PUNTI DI VISITA SOTTO INDICATI
DAL 01 Dicembre 2020 AL 27 Febbraio 2021
Prenotazione tramite CUP
N° 13 settimane**

Comune	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
Ascoli Piceno Mattatoio NE.MA. Soc. Coop. Via Castagneti, 65	08.00 9.00 5 persone 9.00 10.00 5 persone	08.00 9.00 5 persone 9.00 10.00 5 persone	08.00 9.00 5 persone 9.00 10.00 5 persone	08.00 9.00 5 persone 9.00 10.00 5 persone	08.00 9.00 5 persone 9.00 10.00 5 persone	14.30 15.30 7 persone 15.30 16.30 7 persone 16.30 17.30 7 persone
Acquasanta Terme Petrelli Cami SS Fraz. Centrale	9.00 10.00 5 persone 10.00 11.00 5 persone			9.00 10.00 5 persone 10.00 11.00 5 persone		
Ripatransone Ripa Macellazioni Via Fiorano snc	9.00 10.00 5 persone 10.00 11.00 5 persone		9.00 10.00 5 persone 10.00 11.00 5 persone		9.00 10.00 5 persone 10.00 11.00 5 persone	9.00 10.00 7 persone 10.00 11.00 7 persone 11.00 12.00 7 persone
Castignano Mattatoio 63032 SARL C. da Fabbrica	9.00 10.00 5 persone 10.00 11.00 5 persone					

Non verranno effettuate visite la domenica e nei giorni festivi infrasettimanali di seguito indicati:

- Martedì 8 Dicembre 2020;
- Sabato 26 Dicembre 2020;
- Venerdì 1 Gennaio 2021;
- Mercoledì 6 Gennaio 2021



Il Direttore
(Dr. Bruno Toscani)

QUESTIONARIO COVID-19

Modello Coordinamento degli Enti - Giunta Regionale - Regione Marche

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____

Ha avuto una diagnosi di COVID-19? ☐ SI ☐ NO
se la risposta è sì, è guarito (tampone negativo)? ☐ SI ☐ NO

È in quarantena? ☐ SI ☐ NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? ☐ SI ☐ NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena? ☐ SI ☐ NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha attualmente uno di questi sintomi?

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| • Febbre/febbricola | ☐ SI | ☐ NO |
| • Tosse e/o difficoltà respiratorie | ☐ SI | ☐ NO |
| • Malessere, astenia | ☐ SI | ☐ NO |
| • Cefalea | ☐ SI | ☐ NO |
| • Congiuntivite | ☐ SI | ☐ NO |
| • Sangue da naso/bocca | ☐ SI | ☐ NO |
| • Vomito e/o diarrea | ☐ SI | ☐ NO |
| • Inappetenza/anoressia | ☐ SI | ☐ NO |
| • Confusione/vertigini | ☐ SI | ☐ NO |
| • Perdita/alterazione dell'olfatto | ☐ SI | ☐ NO |
| • Perdita di peso | ☐ SI | ☐ NO |
| • Disturbi dell'olfatto e/o del gusto | ☐ SI | ☐ NO |

Servizio a cui si accede:

☐ Consultorio familiare	☐ Sanità Animale	☐ SISP
☐ Medicina Legale	☐ Screening	☐ UMEA
☐ PSAL	☐ SIAN	☐ UMEE
☐ Promozione Della Salute	☐ SIAOA	

Data _____ Ora _____

Firma del paziente/utente

Riservato al personale: temp. corporea rilevata all'ingresso: _____ °C