



**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	08.00 9.00 5 persone	08.00 9.00 5 persone	08.00 9.00 5 persone	08.00 9.00 5 persone	14.30 15.30 7 persone
	9.00 10.00 5 persone	9.00 10.00 5 persone	9.00 10.00 5 persone	9.00 10.00 5 persone	9.00 10.00 5 persone	15.30 16.30 7 persone
						16.30 17.30 7 persone
Acquasanta Terme Petrelli Carni SS Fraz. Centrale	9.00 10.00 5 persone			9.00 10.00 5 persone		
	10.00 11.00 5 persone			10.00 11.00 5 persone		
Ripatransone Ripa Macellazioni Via Fiorano snc	9.00 10.00 5 persone		9.00 10.00 5 persone		9.00 10.00 5 persone	9.00 10.00 7 persone
	10.00 11.00 5 persone		10.00 11.00 5 persone		10.00 11.00 5 persone	10.00 11.00 7 persone
						11.00 12.00 7 persone
Castignano Mattatoio 63032 SARK 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 (tamponi negativi)? 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/febbre 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:

<input type="checkbox"/> Consultorio familiare	<input type="checkbox"/> Sanità Animale	<input type="checkbox"/> SISP
<input type="checkbox"/> Medicina Legale	<input type="checkbox"/> Screening	<input type="checkbox"/> UMEA
<input type="checkbox"/> PSAL	<input type="checkbox"/> SIAN	<input type="checkbox"/> UMEE
<input type="checkbox"/> Promozione Della Salute	<input type="checkbox"/> SIAOA	

Data _____ Ora _____

Firma del paziente/utente

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