



**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 N.E.M.A. 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
Acquasanta Terme Petrelli Carni SS Fraz. Centrale	9.00 10.00 5 persone			9.00 10.00 5 persone		15.30 16.30 7 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	16.30 17.30 7 persone
Castignano Mattatoio 63032 SARL C. da Fabbrica	9.00 10.00 5 persone					
	10.00 11.00 5 persone		10.00 11.00 5 persone		10.00 11.00 5 persone	11.00 12.00 7 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**



**A. Di Stefano**  
(Dr. Bruno Pescanti)

# QUESTIONARIO COVID-19

Modello Coordinamento degli Enti - Giunta Regionale - Regione Marche

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Ha avuto una diagnosi di COVID-19?  
se la risposta è sì, è guarito (tampone negativo)?

SÌ  NO  
 SÌ  NO

È in quarantena?

SÌ  NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19?

SÌ  NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena?

SÌ  NO

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

- Febbre/febbricola  SÌ  NO
- Tosse e/o difficoltà respiratorie  SÌ  NO
- Malessere, astenia  SÌ  NO
- Cefalea  SÌ  NO
- Congiuntivite  SÌ  NO
- Sangue da naso/bocca  SÌ  NO
- Vomito e/o diarrea  SÌ  NO
- Inappetenza/anoressia  SÌ  NO
- Confusione/vertigini  SÌ  NO
- Perdita/alterazione dell'olfatto  SÌ  NO
- Perdita di peso  SÌ  NO
- Disturbi dell'olfatto e/o del gusto  SÌ  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"/> UMIEA
<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