

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud  
Via Marconi 66, Torre del Greco (Na)  
Servizio Mediazione Culturale  
Responsabile Procedimento Direttore UOC Relazioni con il Pubblico  
Pec: [relazionipubbliche@pec.aslnapoli3sud.it](mailto:relazionipubbliche@pec.aslnapoli3sud.it)

**OGGETTO: ATTESTAZIONE AVVENUTA PRESTAZIONE**

SI ATTESTA CHE IL MEDIATORE (NOME E COGNOME) .....

NATO/A A ..... IL \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ CODICE FISCALE .....

TITOLARE DI PERMESSO DI SOGGIORNO/CARTA DI SOGGIORNO

N° .....

RILASCIATO DALLA QUESTURA DI .....

CON SCADENZA.....

CELL. ....

E-MAIL .....

N.PROTOCOLLO DOMANDA PARTECIPAZIONE AVVISO PUBBLICO .....

HA EFFETTUATO A FAVORE DI (INIZIALI).....

LA/LE SEGUENTE/I PRESTAZIONI:

INTERVENTO DI:

- ☐ Comprensione linguistica;
- ☐ Accettazione di procedure e/o percorsi di diagnosi/cura/riabilitazione proposti;
- ☐ Istruzioni su conoscenza di procedure amministrative per usufruire dell'assistenza sanitaria;
- ☐ Garanzia sulla tutela della privacy ;
- ☐ Traduzioni scritte;
- ☐ Intervento telefonico;
- ☐ Interpretariato;
- ☐ Facilitazione campagna Covid -19;
- ☐ Facilitazione per la tracciabilità di casi positivi Covid-19;
- ☐ Facilitazione per accessibilità alla campagna di prevenzione.

Altro.....

IN LINGUA .....

PRESSO ..... VIA/PIAZZA

..... COMUNE .....

IL GIORNO ..... DALLE ORE ..... ALLE ORE .....

Documenti prodotti:

.....

.....

E' STATO NECESSARIO ULTERIORE INTERVENTO PER:

IL GIORNO ..... DALLE ORE ..... ALLE ORE .....

IL GIORNO ..... DALLE ORE ..... ALLE ORE .....

IL GIORNO ..... DALLE ORE ..... ALLE ORE .....

PER UN TOTALE DI ORE.....

VALUTAZIONE DA PARTE DELLA STRUTTURA RICHIEDENTE DELLA PRESTAZIONE EROGATA DAL MEDIATORE CULTURALE

|               |          |               |       |            |
|---------------|----------|---------------|-------|------------|
| Insufficiente | Mediocre | Soddisfacente | Buona | Eccellente |
|---------------|----------|---------------|-------|------------|

|                             |                                  |
|-----------------------------|----------------------------------|
| FIRMA STRUTTURA RICHIEDENTE | FIRMA MEDIATORE PER ACCETTAZIONE |
|-----------------------------|----------------------------------|

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud  
Via Marconi 66, Torre del Greco (Na)  
Servizio Mediazione Culturale  
Responsabile Procedimento Direttore UOC Relazioni con il Pubblico  
Pec: [relazionipubbliche@pec.aslnapoli3sud.it](mailto:relazionipubbliche@pec.aslnapoli3sud.it)

**OGGETTO: DICHIARAZIONE CONSENSO INFORMATO al ricovero ospedaliero e/o alle prestazioni ambulatoriali o vaccinali ai sensi della Legge n°219 del 22/12/2017 in presenza di MEDIATORE CULTURALE**

## **Espressione e Acquisizione del Consenso Informato**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

,  
unitamente al/alla Mediatore/Mediatrice Culturale, dichiaro:

- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente:
  - sul mio stato di salute che ha determinato la necessità del ricovero ospedaliero e/o prestazioni ambulatoriali o vaccinali e sui benefici, le complicità e i rischi ad esso associati;
  - su composizione e ruoli dell'équipe di cura;
- di ☐ ACCETTARE / ☐ NON ACCETTARE liberamente, spontaneamente e in piena coscienza il ricovero ospedaliero e/o le prestazioni ambulatoriali o vaccinali proposte, e di essere a conoscenza della possibilità di INTERROMPERE in qualsiasi momento dandone informazione ai professionisti sanitari (esclusi i casi di ricovero obbligatorio previsti dalla Legge) e
- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente:
  - ☐ sulle possibili conseguenze sul mio stato di salute del rifiuto al ricovero;
  - ☐ sulle eventuali alternative al ricovero;
  - ☐ sulle attività di prevenzione (screening) ;

Data /        /20

Firma del/della Paziente \_\_\_\_\_

Firma del/della Mediatore/Mediatrice Culturale \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico \_\_\_\_\_

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud  
Via Marconi 66, Torre del Greco (Na)  
Servizio Mediazione Culturale  
Responsabile Procedimento Direttore UOC Relazioni con il Pubblico  
Pec: [relazionipubbliche@pec.aslnapoli3sud.it](mailto:relazionipubbliche@pec.aslnapoli3sud.it)

**OGGETTO: DICHIARAZIONE CONSENSO INFORMATO al ricovero ospedaliero e/o alle prestazioni ambulatoriali o vaccinali per il minore ai sensi della legge n°219 del 22/12/2017 in presenza di MEDIATORE CULTURALE**

## **Espressione e Acquisizione del Consenso Informato**

Noi sottoscritti \_\_\_\_\_  
unitamente al/alla Mediatore/Mediatrice Culturale, dichiariamo di non essere decaduti dalla responsabilità genitoriale e di non essere sottoposti da parte dell'Autorità Giudiziaria a procedimenti limitativi sul minore, e:

- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente:
  - sullo stato di salute del/della minore, che ha determinato la necessità del ricovero ospedaliero e/o delle prestazioni ambulatoriali o vaccinali sui benefici, le complicità e i rischi ad esso associati;
  - su composizione e ruoli dell'équipe di cura;
- di ☐ ACCETTARE / ☐ NON ACCETTARE liberamente, spontaneamente e in piena coscienza il ricovero ospedaliero e/o le prestazioni ambulatoriali o vaccinali proposte, e di essere a conoscenza della possibilità di INTERROMPERE in qualsiasi momento dandone informazione ai professionisti sanitari (esclusi i casi di ricovero obbligatorio previsti dalla Legge) e
- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente:
  - ☐ sulle possibili conseguenze sullo stato di salute del/della minore dell'eventuale rifiuto al ricovero;
  - ☐ sulle eventuali alternative al ricovero;
  - ☐ sulle attività di prevenzione (screening);

Data    /    /20

Firma del genitore \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

Firma del/della Mediatore/Mediatrice Culturale \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico \_\_\_\_\_