

Modulo M.C.1

RICHIESTA INTERVENTO
Mediazione Culturale/Interpretariato Sociale

Data della Richiesta:	
Tipo di Richiesta:	<input type="checkbox"/> Ordinaria <input type="checkbox"/> Urgente (Festivo/Prefestivo e orari notturni)

SEZIONE 1: Dati della Struttura Richiedente

Denominazione Struttura _____

UOC/Reparto/altro _____

Sede/Indirizzo dell'Intervento _____

Referente/richiedente (Nome e Cognome) _____

Recapito Telefonico del Referente _____

E-mail Istituzionale del Referente _____

SEZIONE 2: Dettagli dell'Intervento

Lingua dell'Intervento (Specificare) _____

Data dell'intervento _____

Ora dell'Intervento _____

Tipo di Intervento (selezionare uno o più):

- ☐ Colloquio Sanitario/Paziente
- ☐ Accettazione e Istruzioni Amministrative
- ☐ Consenso Informato e Procedure Sanitarie
- ☐ Traduzione Scritta
- ☐ Intervento telefonico
- ☐ Altro

Osservazioni: _____

SEZIONE 3: Dichiarazione e Firma

Il sottoscritto _____ dichiara che la richiesta è necessaria per la corretta erogazione del servizio sanitario e che la struttura richiedente si impegna a seguire la Procedura Operativa aziendale, incluso l'invio del Modulo M.C.2 (Attestazione Avvenuta Prestazione) al termine dell'intervento.

Timbro della Struttura
Firma del Responsabile della Struttura Richiedente