Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
Via Marconi 66, Torre del Greco (Na)
UOC Relazioni con il Pubblico
Tel. 0818490682 Fax 0818490681
E-mail: relazionipubbliche@aslnapoli3sud.it
Pec: relazionipubbliche@pec.aslnapoli3sud.it
www.aslnapoli3sud.it

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

OGGETTO: RICHIESTA INTERVENTO

UNITA' OPERATIVA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO- DIREZIONE DISTRETTUALE RICHIEDENTE (SPECIFICARE UOC, UOSD, PRESIDIO OSPEDALIERO, PRONTO SOCCORSO):
……
……

RICHIESTA DI MEDIATORE CULTURALE DI LINGUA/NAZIONALITÀ: (SPECIFICARE NAZIONALITÀ E LINGUA RICHIESTA)

……

……

……

……

SI RICHIEDE L'INTERVENTO DELLA MEDIAZIONE CULTURALE PER:

☐ Mancata comprensione linguistica;
☐ Mancata accettazione di procedure e/o percorsi di diagnosi/cura/riabilitazione proposti;
☐ Mancata conoscenza di procedure amministrative per usufruire dell'assistenza sanitaria;
☐ Garantire la tutela della privacy nei casi in cui non sia possibile, per il fatto occorso, coinvolgere un familiare del paziente;
☐ 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……

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
Via Marconi 66, Torre del Greco (Na)
UOC Relazioni con il Pubblico
Tel. 0818490682 Fax 0818490681
E-mail: relazionipubbliche@aslnapoli3sud.it
Pec: relazionipubbliche@pec.aslnapoli3sud.it
www.aslnapoli3sud.it

ESIGENZE PARTICOLARI O EVENTUALI OSSERVAZIONI:

……

……

……

OPERATORE DELL'UFFICIO REFERENTE DELL'INTERVENTO:

……

RECAPITO TELEFONICO:

……

DATA DELL'INTERVENTO …….. DALLE ORE …… ALLE ORE ……..

PRESSO ……

VIA/PIAZZA …… COMUNE …… CAP ……

CELL PAZIENTE ……

DATA ……

FIRMA STRUTTURA RICHIEDENTE

_____