



SCHEDA RICHIESTA INTERVENTO DI MEDIAZIONE LINGUISTICO-CULTURALE
Ambito sanitario

Richiesta di tipo: **Urgente*** **A chiamata** **Su prenotazione**

Ulss n. _____ Dipartimento: *(barrare una delle caselle sottostanti)*

Ambulatorio Ginecologico, Consultorio Familiare, dipart. Materno Infantile e della Famiglia

Osped. di RO, Reparto _____ **Osped. di TRE, Reparto _____**

Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Dipartimento di Prevenzione Aziendale

altro _____

Indirizzo _____ Blocco _____ Piano _____

Tel. _____ Fax _____ Cell _____ E-Mail _____

Nome e Cognome referente della presente richiesta _____

Tot. N. Ore Richieste _____ Giorn* / Orari* dell'intervento: _____

DATI COMUNI DEL PAZIENTE

Genere: M F Nome e Cognome: _____

Età _____ Presente in Italia dal _____

Provenienza: nazionalità _____ Lingua/dialetto parlato _____

Motivo della richiesta:

*CHIAMARE il n°. Cell. 3287186868 - CONSEGNARE COMPILATO AL FAX: 0425 471 563

Luogo e Data, _____ Firma del responsabile _____

Si dichiara che nel trattamento dei dati sono state adottate tutte le misure di sicurezza minime obbligatorie previste dal D.lg 30 giugno 2003, n.196