



Attivazione Servizio Mediazione Culturale

Mediatore Data Luogo

- Postazione Fissa Traduzioni Programmata

RICHIESTA INTERVENTO:

Servizio/Ambulatorio/UO richiedente:..... Distretto:.....

Operatore Ausl Parma Richiedente:.....

Data della richiesta:.....

Modalità della richiesta: on line telefonica

INTERVENTO EFFETTUATO:

Informazioni Utente

Motivo d'intervento (segnare una o più di una voce con una x)

<input type="checkbox"/>	Orientamento/ Informazioni	<input type="checkbox"/>	Attività medico-infermieristiche
<input type="checkbox"/>	Comfort/ accoglienza	<input type="checkbox"/>	Prevenzione e promozione della salute
<input type="checkbox"/>	Attività sociali	<input type="checkbox"/>	Aspetti medico legali

- M F Primo anno di vita Minore di 18 anni 18-65 anni Over 65 anni

Nazionalità Lingua

Servizio/Ambulatorio/UO d'intervento:.....

Data:

Durata intervento: dalle ore..... alle ore.....

Nome e cognome del Dirigente/altro operatore presente.....

Firma del Mediatore

Firma del Dirigente o altro Operatore
Sanitario presente

VISTO PER CORRETTA ESECUZIONE

Osservazioni Ausl Parma.....

Firma del Dirigente o altro Operatore
Sanitario presente