

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: 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.....

M.C. Mod. 04

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

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 complicanze 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 _____

M.C. Mod. 05

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: 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 complicanze 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 _____

M.C. Mod. 06