

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](mailto:relazionipubbliche@aslnapoli3sud.it)  
Pec: [relazionipubbliche@pec.aslnapoli3sud.it](mailto:relazionipubbliche@pec.aslnapoli3sud.it)  
[www.aslnapoli3sud.it](http://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

\_\_\_\_\_