



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

Al Responsabile
UOS Medicina delle Migrazioni

**SCHEDA DI RICHIESTA
INTERVENTO DI MEDIAZIONE LINGUISTICO CULTURALE**

Struttura richiedente (Unità Operativa/servizio/ufficio/reparto/ambulatorio)

.....

Indirizzo.....

Telefono.....Mail.....

Operatore referente dell'intervento:.....

Richiesta di mediatore culturale di lingua/nazionalità:

Motivo della richiesta:

Esigenze particolari

Data dell'interventoorario dell'intervento

Luogo dell'intervento

Il Responsabile della struttura richiedente

Firma e timbro