

**ATTESTAZIONE INTERVENTO DI MEDIAZIONE LINGUISTICO-CULTURALE
IN AMBITO SOCIALE**

NOTA BENE: Il presente modulo **deve essere consegnato via mail a mediazione@olivotti.org; il prima possibile dopo aver effettuato l'intervento e non oltre la fine del mese in corso;**

| | | |
|--|------------------|------|
| Il sottoscritto | Qualifica/ruolo: | |
| Ente di appartenenza: | | |
| <input type="checkbox"/> Distretto Socio Sanitario | Tel: | Fax: |
| <input type="checkbox"/> Comune | Tel: | Fax: |

Che ha richiesto l'intervento per il cittadino/a: _____

DICHIARA

che l'intervento del mediatore / mediatrice linguistico-culturale

si è svolto nelle seguenti date e nei seguenti orari:

| DATA | DALLE | ALLE | FIRMA DELL'INCARICATO PRESENTE ALL'INTERVENTO | NOTE |
|------|-------|------|---|------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Dichiara inoltre che l'intervento è stato ritenuto

- adeguato

oppure

- non adeguato

Indicare eventuali osservazioni in merito alla valutazione dell'intervento del mediatore:

Data

Timbro e firma del dichiarante