



**SERVIZIO DI MEDIAZIONE LINGUISTICO-CULTURALE
PER IL TERRITORIO CREMONESE E CASALASCO
NEI DIVERSI CONTESTI SOCIALE, SOCIO-SANITARIO, SANITARIO E SCOLASTICO**

MODULO RICHIESTA ATTIVAZIONE INTERVENTO DI MEDIAZIONE

SPAZIO PER LA PROTOCOLLAZIONE

Prot. N. _____

Data: _____	
-------------	--

DESCRIZIONE INTERVENTO RICHIESTO

(compilazione obbligatoria a cura del richiedente. **Le voci contrassegnate con * sono obbligatorie**)

Descrivere brevemente il bisogno rilevato e la/le motivazione/i per la/e quale/i si richiede l'intervento *	
Operatore inviante*	
Beneficiario dell'intervento*	
Lingua/e richieste *	
N. prestazioni previste*	N. _____ interventi
Proposta data e ora*	
Durata prevista intervento*:	
Luogo dell'intervento*:	
Indirizzo*	
Tel.	
TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE*	<input type="checkbox"/> mediazione linguistico-culturale standard <input type="checkbox"/> mediazione linguistico-culturale a "pacchetto" - n. 5 mediazioni <input type="checkbox"/> mediazione linguistico-culturale in urgenza (orario diurno e ferialo) <input type="checkbox"/> mediazione linguistico-culturale in emergenza (orario notturno e/o festivo) <input type="checkbox"/> Traduzioni di avvisi e documenti
MOTIVAZIONE MEDIAZIONE (BARRARE CON UNA X) *	<input type="checkbox"/> Accompagnamento al rapporto con i servizi sociali, sanitari, socio sanitari <input type="checkbox"/> Accompagnamento al rapporto con altri servizi e/o istituzioni pubbliche e private ai fini della presa in carico <input type="checkbox"/> Collaborazione con il Servizio Minori & Famiglia e/o altri servizi comunali <input type="checkbox"/> ALTRO (SPECIFICARE)



Consorzio
Casalasco
Servizi Sociali



--	--

DATI DELL'OPERATORE INVIANTE

(compilazione obbligatoria a cura del richiedente. **Le voci contrassegnate con * sono obbligatorie**)

Operatore inviante*	NOME _____ COGNOME _____		
Qualifica*			
Servizio di appartenenza*	<input type="checkbox"/> Comune di: (specificare) _____ Ambito di: • Cremona • Casalmaggiore <input type="checkbox"/> Servizio specialistico • sociale (specificare) _____ • socio-sanitario (specificare) _____ • sanitario (specificare) _____ <input type="checkbox"/> Altro (es. Istituto Comprensivo) specificare _____ _____		
Indirizzo			Prov.
Telefono*		Cell*	
E-mail*			
Altri operatori di riferimento della presa in carico per eventuale contatto	Cognome e Nome:	Telefono e e-mail	

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE

(barrare con una X tenendo conto della tempistica indicata). Si specifica che il costo H è IVA al 5% esclusa

<input type="checkbox"/>	mediazione linguistico-culturale standard (almeno 48 ore prima dell'intervento € 30,00)
<input type="checkbox"/>	mediazione linguistico-culturale a " pacchetto " - n. 5 mediazioni con un unico mediatore da concordare preventivamente (almeno 48 ore prima del primo intervento - € 27,00)
<input type="checkbox"/>	mediazione linguistico-culturale in urgenza - € 40,00)
<input type="checkbox"/>	mediazione linguistico-culturale in emergenza - € 50,00)
<input type="checkbox"/>	Traduzioni di avvisi e documenti (tempistica per la consegna: min. 1 settimana - tariffa variabile in base alle dimensioni del documento)

- Le richieste di mediazione si intendono ordinarie (ovvero standard e a "pacchetto") se vengono trasmesse dai Referenti operativi dei soggetti invianti all'Ente accreditato dal lunedì al venerdì e nella fascia oraria dalle ore 8.30 alle ore 20.00, almeno 48h prima dell'intervento, via e-mail all'indirizzo mediazione@coopnazareth.net
- **Solo per interventi di mediazione da svolgersi in specifiche situazioni di urgenza in orario diurno e feriale (lun-ven), i Referenti operativi dei soggetti invianti possono contattare telefonicamente il coordinatore del servizio al +39 331 2831301.** E' responsabilità dei soggetti invianti che hanno richiesto l'intervento d'urgenza trasmettere successivamente all'Ente accreditato anche il **Modulo di richiesta** debitamente compilato e firmato (entro max 72h dopo la richiesta telefonica).



- Per interventi di mediazione in specifiche situazioni di **emergenza** da svolgersi nei weekend e giorni festivi e/o dopo le ore 20.00, i **Referenti operativi** dei soggetti invianti possono procedere esclusivamente per via telefonica al **numero unico +39 327 59 88 302**. Le richieste pervenute telefonicamente al numero unico verranno prese in considerazione dall'Ente accreditato solo se aventi carattere d'emergenza. E' responsabilità dei soggetti invianti che hanno richiesto l'intervento d'emergenza trasmettere successivamente all'Ente accreditato anche il **Modulo di richiesta** debitamente compilato e firmato (entro max 72h dopo la richiesta telefonica).

BENEFICIARIO

(compilazione obbligatoria a cura del richiedente. **Le voci contrassegnate con * sono obbligatorie**)

TIPOLOGIA BENEFICIARIO*	<input type="checkbox"/> Persona singola <input type="checkbox"/> Nucleo familiare _____ <input type="checkbox"/> Intervento di gruppo/comunitario <input type="checkbox"/> Altro _____	
IDENTIFICATIVO BENEFICIARIO principale (In caso di nucleo familiare, inserire i dati del beneficiario principale)	Cognome*	
	Nome*	
	Cittadinanza*	
	Codice fiscale*	Genere* • M • F
Nazione di origine* (se diversa dalla cittadinanza)		
Lingua parlata (specificare quale e se più di una)		
Comune di residenza*		
Indirizzo		Prov.
Telefono		Cell
E-mail		
Se beneficiario minorenni indicare se straniero non accompagnato		
Tipologia di documento presentato (barrare con una x e indicare il numero identificativo del documento presentato)	<input type="checkbox"/> Nessun documento	
	<input type="checkbox"/> Carta d'identità	Nr. Documento
	<input type="checkbox"/> Patente	Nr. Documento
	<input type="checkbox"/> Passaporto	Nr. Documento
	<input type="checkbox"/> Permesso di soggiorno	Nr. Documento



Consorzio
Casalasco
Servizi Sociali



	Motivazione permesso: <input type="checkbox"/> Affidamento <input type="checkbox"/> Altro permesso <input type="checkbox"/> Asilo <input type="checkbox"/> Assistenza minore <input type="checkbox"/> Attesa occupazione <input type="checkbox"/> Integrazione minore	<input type="checkbox"/> Lavoro autonomo <input type="checkbox"/> Lavoro stagionale <input type="checkbox"/> Lavoro subordinato <input type="checkbox"/> Minore età <input type="checkbox"/> Motivi familiari <input type="checkbox"/> Motivi religiosi
Servizi coinvolti	<input type="checkbox"/> SST <input type="checkbox"/> Servizio Tutela Minori <input type="checkbox"/> SIL <input type="checkbox"/> NPI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPS <input type="checkbox"/> CONSULTORIO FAMILIARE INTEGRATO <input type="checkbox"/> SERD Altro: specificare _____ _____ _____

Luogo e Data

.....

FIRMA DELL'OPERATORE INVIANTE

.....

SPAZIO PER IL REFERENTE OPERATIVO DI:

- AZIENDA SOCIALE CREMONESE
- CONCASS
- ASST di CREMONA

Richiesta n.	Protocollo n.	Data protocollazione	Richiesta pervenuta in data	Richiesta trasmessa all'Ente accreditato in data
_____	_____	_____	_____	_____

LA RICHIESTA DI INTERVENTO DI MEDIAZIONE DEVE ESSERE TRASMESSA DAL REFERENTE OPERATIVO AL COORDINATORE DI COOP. SOCIALE NAZARETH VIA EMAIL ALL'INDIRIZZO: mediazione@coopnazareth.net

Luogo e Data



.....

FIRMA DEL REFERENTE OPERATIVO

.....

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, i dati personali, i dati particolari (sensibili) ai sensi art. 9 del Regolamento UE 679/16, forniti dall'interessato, sono raccolti unicamente per la seguente finalità: gestione del servizio di mediazione linguistico-culturale per il territorio cremonese e casalasco nei diversi contesti sociale, socio-sanitario, sanitario e scolastico, che ne rappresenta la base giuridica del trattamento.

I dati personali verranno trattati nel pieno rispetto del Regolamento UE 679/16.

L'interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 (diritto di accesso, diritti di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione di trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione o limitazione del trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione).

La natura del conferimento dei dati previsti non è facoltativa bensì obbligatoria. Si precisa che un eventuale rifiuto al conferimento dei dati comporta l'impossibilità di accogliere la richiesta di prestazione come previsto dal progetto.

Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei. L'Azienda Sociale Cremonese, il Consorzio Casalasco Servizi Sociali, l'ASST di Cremona e la Cooperativa Sociale Nazareth mettono in atto le adeguate misure tecniche e organizzative adeguate a garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio ai sensi dell'art. 32 del Regolamento UE 679/16.

Il Titolare del Trattamento ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del Regolamento UE 679/16 è l'Azienda Sociale Cremonese.

I Responsabili esterni del Trattamento ai sensi art. 28 del Regolamento UE 679/16 sono Consorzio Casalasco Servizi Sociali, ASST Cremona e Cooperativa Nazareth.

Il Responsabile della Protezione dei dati ai sensi art. 37 del Regolamento UE 679/16 per l'Azienda Sociale Cremonese e per il Consorzio Casalasco Servizi Sociali è l'Avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

Con la sottoscrizione in calce, l'interessato presta il proprio idoneo consenso informato al trattamento dei dati personali e dei dati particolari (sensibili) per le finalità sopra indicata.

Data e luogo

Firma dell'operatore inviante

.....

.....

Data e luogo

Firma del Referente operativo

.....

.....