



ALBANESE

**DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA**

DEPARTAMENTI I PATOLOGJISE KLINIKE

**DICHIARAZIONE IDENTITA' PAZIENTI AMBULATORIALI STRANIERI**

Deklarata e identitetit te pacienteve te huaj ne ambulatoret

Il/La sottoscritto/a:

Un i/e nenshkruari/a:

Cognome \_\_\_\_\_

Mbiemri:

Nome \_\_\_\_\_

Emri:

Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Data e lindjes:

Documento di identità \_\_\_\_\_ (allegare fotocopia)

Documenti i identiteti \_\_\_\_\_ (bashke me fotokopjen)

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

**DEKLARON NEN PERGJEGJESI**

che i dati sopra riportati e quelli presenti sulla impegnativa del medico richiedente corrispondono alle proprie generalità.

Qe informacionet e mesiperme dhe ato qe ndodhen tek receta e mjekut,jane te njejtat me ato te gjeneralitetit personal

In fede  
NE DESHMI

.....  
(firma leggibile)  
(firme e lexueshme)

In caso di paziente minorenne è indispensabile la firma di un genitore, del quale deve essere allegata la fotocopia del documento di identità.

Në rastin e një pacienti minoren është thelbësore firma e një prindi, që duhet të jenë të vërtetuara fotokopja e dokumentit të identitetit

Data\_\_\_\_\_

In fede  
NE DESHMI

.....  
(firma leggibile)  
(firme e lexueshme)