



INGLESE

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

DEPARTMENT OF CLINICAL PATHOLOGY

DICHIARAZIONE IDENTITA' PAZIENTI AMBULATORIALI STRANIERI

IDENTITY DECLARATION FOR FOREIGNER OUT-PATIENTS

Il/La sottoscritto/a

I UNDERSIGNED

Cognome:

SURNAME: _____

Nome

NAME: _____

Data di nascita

DATE OF BIRTH: ___/___/___

Documento di identità

IDENTITY CARD: _____

(allegare fotocopia)

(PLEASE PHOTOCOPY)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

I DECLARE ON MY OWN LIABILITY

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

THAT THE ABOVE DATA ARE THE SAME AS THOSE ON THE REQUEST OF THE PHYSICIAN

In fede
IN WITNESS WHEREOF

(firma leggibile)
(SIGNATURE)

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

IN CASE OF AN UNDER AGE PATIENT A PARENT SIGNATURE IS REQUIRED TOGETHER WITH A COPY OF THE PARENT'S IDENTITY CARD.

Data:

DATE: _____

In fede
IN WITNESS WHEREOF

(firma leggibile)
(SIGNATURE)
