



TEDESCO

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

ABTEILUNG DER KLINISCHEN PATOLOGIE

DICHIARAZIONE IDENTITA' PAZIENTI AMBULATORIALI STRANIERI

IDENTITÄTSERKLÄRUNG FÜR AMBULANTE AUSLÄNDER

Il/La sottoscritto/a: DER UNTERSCHREIBENDE:

Cognome NACHNAME

Nome NAME

Data di nascita ___/___/___ GEBURTSDATUM

Documento di identità _____ (allegare fotocopia)

AUSWEIS _____ (MIT FOTOCOPIE)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ERKLÄRT EIGENVERANTWORTLICH

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

DASS DIE OBENANGEGEBENEN DATEN MIT DEN DATEN AUF DEM ÄRZTLICHEN ANFORDERUNGSSCHEIN ÜBEREINSTIMMEN

In fede UNTERSCHRIFT

(firma leggibile) (LESERLICH)

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

MINDERJÄHRIGE PAZIENTEN BEUÖTIGEN DIE UNTERSCHRIFT EINES ELTERNTEILS MIT FOTOCOPIE DES AUSWEISES

Data _____

DATUM

In fede UNTERSCHRIFT

(firma leggibile) (LESERLICH)