



ARABO

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

قسم التحاليل الطبية

DICHIARAZIONE IDENTITA' PAZIENTI AMBULATORIALI STRANIERI

تصريح هوية مرضى العيادات الخارجية الأجانب

Il/La sottoscritto/a أنا الموقع أدناه:

Cognome الشهرة _____

Nome الاسم _____

Data di nascita تاريخ الولادة ____/____/____

Documento di identità وثيقة الهوية _____ (allegare fotocopia عنها إرفق نسخة عنها)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

أصرح تحت مسؤوليتي

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

بأن المعلومات الواردة أعلاه و الموجودة في طلب الطبيب مطابقة لبياناتي الشخصية.

In fede بالشهادة

.....
(firma leggibile بالكامل التوقيع)

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

في حال مريض قاصر من الضرورة توقيع الأب أو الأم أو أولي عنه وإرفاق نسخة عن هويته.

Data تاريخ _____

In fede بالشهادة

.....
(firma leggibile بالكامل التوقيع)