



BIELORUSSO

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

(АДДзяленне клінічнай паталогіі)

### DICHIARAZIONE IDENTITÀ PAZIENTI AMBULATORIALI STRANIERI

(Пасведчанне асобы амбулаторных замежных пацыентаў)

Il/La sottoscritto/a: (ніжэйпадпісаны):

Cognome (Прозвішча) \_\_\_\_\_

Nome (Імя) \_\_\_\_\_

Data di nascita (Год нараджэння) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Documento di identità (Дадзеныя дакумента які сведчыць асобу) \_\_\_\_\_

(allegare fotocopia/прыкладзі фотакопію)

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

(Заяўляе пад уласную адказнасць)

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

(Што вышэйуказаныя дадзеныя і дадзеныя прыведзеныя у медычным лісце, адпавядаюць анкетных дадзеных.)

In fede (З павагаю)

(firma leggibile/подпіс разборліва)

.....

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

(У выпадку пацыента недасягнушага паўналецця, неабходзен подпіс аднаго з бацькоў, да якога прыкладзена фотакопія дакумента, які засведчвае асобу.)

Data (Дата) \_\_\_\_\_

In fede (З павагаю)

(firma leggibile/подпіс разборліва)

.....