



ROMENO

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

DEPARTIMENTUL DE PATOLOGIE CLINICĂ

DICHIARAZIONE IDENTITA' PAZIENTI AMBULATORIALI STRANIERI

DECLARAȚIE DE IDENTITATE A PACIENȚILOR STRĂINI

Il/La sottoscritto/a:
SUBSEMNATUL/A

Cognome _____
NUME

Nome _____
PRENUME

Data di nascita ___/___/_____
DATA DE NAȘTERE

Documento di identità _____ (allegare fotocopia)
DOCUMENTUL DE IDENTITATE (ATAȘARE FOTOCOPIA)

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'
DECLARĂ PE PROPRIA RESPONSABILITATE**

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

CĂ DATELE DE MAI SUS ȘI CELE DIN TRIMITEREA MEDICALĂ CERUT CORESPUND CU PROPRIA IDENTITATE.

In fede
CU RESPECT

.....
(firma leggibile)
(SEMNĂTURA CLARĂ)

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

ÎN CAZ DE PACIENT MINOR ESTE INDISPENSABIL SEMNĂTURA UNUIA DINTRE PĂRIȚI, ÎMPREUNĂ CU FOTOCOPIA DOCUMENTULUI DE IDENTITATE.

Data _____

In fede
CU RESPECT

.....
(firma leggibile)
(SEMNĂTURA CLARĂ)