



SPAGNOLO

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

**DICHIARAZIONE IDENTITÀ PAZIENTI AMBULATORIALI STRANIERI
DECLARACION DE IDENTIDAD DE LOS PACIENTES EXTRANJEROS EN CONSULTAS
EXTERNAS**

Il/La sottoscritto/a:

LA/EL DECLARANTE:

Cognome:

APPELLIDO: _____

Nome:

NOMBRE: _____

Data di nascita

FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__

Documento di identità

D.N.I. : _____ (allegare fotocopia)

(FOTOCOPIA)

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ
DECLARACION BAJO DE SU PROPRIA RESPONSABILIDAD**

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

QUE LOS DATOS DECLARADOS Y ESTOS PRESENTES EN LA RECETA DEL MEDICO CORESPONDEN A MIS DATOS DE IDENTIDAD

In fede

(firma leggibile)

FIRMA LEGIBILE

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

EN EL CASO DE MENOR DE EDAD ES INDESPENSABLE LA FIRMA DE UNO DE LOS PADRES LA CUAL SER ACOMPAÑADA DEL D.N.I.

Data:

FECHA __/__/__

In fede

(firma leggibile)

FIRMA LEGIBILE