

**REGISTRAZIONE NUOVO PAZIENTE**
**I campi contrassegnati con \* sono obbligatori.**

Cognome*	_____	Nome*	_____	Codice fiscale*	_____
----------	-------	-------	-------	-----------------	-------

**Solo nel caso in cui il paziente non possieda codice fiscale inserire i dati seguenti:**

Il paziente dichiara di non essere già stato sottoposto ad analogo trattamento	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Tipo di documento di riconoscimento	<input type="radio"/> Passaporto <input type="radio"/> Permesso di soggiorno <input type="radio"/> Altro
Numero documento di riconoscimento	_____
Nazione dell'Autorità che ha rilasciato il documento	_____

In accordo alla normativa sulla privacy 196/2003, nel database globale il paziente sarà identificato dal codice che sarà assegnato automaticamente dal sistema. Nel database ad uso locale il paziente potrà essere identificato da cognome, nome o iniziali

Data di nascita*	____/____/____ (gg mm aaaa)
Sesso*	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Luogo di nascita	_____ <input type="checkbox"/> Estero
ASL di residenza*	_____
ASL di domicilio diversa da quella di residenza*	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No