



Insieme per la tua salute

**Centro Radiologico Polispecialistico S.r.l.**

**Sede operativa:** Direttore Sanitario Dott. Fabio Francois Francone  
Via Gen. C.A. Dalla Chiesa 15/17 - 21019 Somma Lombardo (VA)  
Tel 0331.25.96.23 - Fax 0331.25.88.76 - info.somma@crp-online.it - www.crp-online.it

**Sede legale:** Via Carducci 5 - 20092 Cinisello Balsamo (MI)

Tel 02.612.65.83 - Fax 02.660.171.39  
info@crp-online.it - crpsrl@messagingpec.it - www.crp-online.it  
Capitale Sociale Euro 110.000,00 I.V - C.C.I.A.A. Milano R.E.A. N. 1049501  
C.F. / P.IVA / Reg. Impr. Milano: 05933070152

## DELEGA DI ACCOMPAGNAMENTO MINORI ED EVENTUALE RITIRO REFERTO

Il sottoscritto ..... C.F. ....

Carta d'identità n° ..... Tel. ....

Il sottoscritto ..... C.F. ....

Carta d'identità n° ..... Tel. ....

Genitori del minore ..... C.F. ....

Genitore affidatario

consapevoli delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la nostra personale responsabilità, delegano:

il Sig./Sig.ra ..... C.F. .... C.I. n° .....

il Sig./Sig.ra ..... C.F. .... C.I. n° .....

il Sig./Sig.ra ..... C.F. .... C.I. n° .....

ad accompagnare nostro/a figlio/a per l'esecuzione del seguente accertamento diagnostico.....

a ritirare il referto dello stesso, ed a firmare eventuale documentazione relativa.

Il presente documento è valido per il ritiro referto anche per uno solo dei due genitori.

I sottoscritti sollevano il C.R.P. – Centro Radiologico Polispecialistico da qualsiasi responsabilità derivante.

Si allegano fotocopie dei documenti di identità dei genitori e dei delegati.

N.B. Si fa presente che il delegato non può essere persona minore di 18 anni.

Data .....

.....  
(Padre)

.....  
(Madre)

**In caso di affidamento esclusivo i dati devono essere del genitore affidatario, che deve contrassegnare il campo dedicato.**