



Insieme per la tua salute

Centro Diagnostico Comense - CDC S.r.l.
Direttore Sanitario Dott. Pasquale Cannatelli
Sede operativa: Via Guffanti, 2a - 22070 Bulgarograsso (CO)
Tel 031.93.04.13 - Fax 031.35.33.686 - info.bulgaro@cdc.co.it - www.crp-online.it
Sede Legale: Viale Varese, 79 - 22100 Como
Tel 031.26.21.36 - Fax 031.26.06.56 - info@cdc.co.it - www.crp-online.it
Numero Registro Imprese Comune di Como C.F. e P.IVA 02603660131
R.E.A. N. 269363 - Capitale Sociale Euro 250.000,00 I.V.
Cod. Univoco NKN9NQV - PEC cdc.centrodiagnostico@legalmail.it

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.