



## 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@messaggipec.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 RITIRO REFERTI

Il sottoscritto ..... nato/a a ..... il .....

C.F. .... Indirizzo residenza .....

Documento di identità ..... N° ..... rilasciato da .....

in data .....

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false ai sensi del D.P.R. 445/2000 ed informato/a ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, sotto la propria responsabilità

### DELEGA

Nome e cognome ..... nato/a a ..... il .....

C.F. .... documento di identità ..... n° .....

Indirizzo residenza .....

al ritiro di documenti, referti ed esiti relativi al seguente accertamento diagnostico .....

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e Data .....

Il/La dichiarante (firma per esteso e leggibile) .....

- Allega fotocopia del seguente documento d'identità in corso di validità
- Ha sottoscritto in presenza del dipendente addetto, previa esibizione di documento di riconoscimento.