



Centro Diagnostico Comense - CDC S.r.l.

Sede operativa: Direttore Sanitario: Dott. Fabio François Francone
Via Egidio Checchi, 5/7 - 21013 Gallarate (VA)
Tel. 0331.77.63.11 - info.gallarate@cdc.co.it - www.cidimulombardia.it

Sede Legale: Viale Varese, 79 - 22100 Como
Tel 031.26.21.36 - info@cdc.co.it - www.cidimulombardia.it
Numero Registro Imprese Comune di Como C.F. e P.IVA 02603660131
R.E.A. N. 269363 - Capitale Sociale Euro 352.000,00 I.V. - 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 l'Istituto CDC Srl 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.