A.S.D. INTER CLUB PARMA

Via Grenoble, 9 - 43123 PARMA - Tel. e Fax 0521-482902
P.IVA 02187040346 – CODICE SDI: KRRH6B9
Matricola FIGC 630584 – Iscritta al Registro Nazionale ASD
E-mail: interclubparma@libero.it – www.interclubparma.it
Iscritta al n. 1287 del Registro Regionale delle Associazioni con personalità giuridica

Parma,_____

Consegna a mano

Spett.le
Medicina dello Sport Piccole Figlie Hospital
medicinadellosport@pfhospital.it
Piccole Figlie Hospital
Via Po, 1
Parma (PR)

Oggetto: autorizzazione visita medico-sportiva e/o esami specialistici.

Con la presente si conferma che il giocatore _____, nato a _____, il _____, risulta regolarmente tesserato per la nostra Associazione per la stagione in corso e siete, quindi, autorizzati ad applicare le condizioni agevolate agli esami e visite previste dalla convenzione in essere.

oppure

Con la presente si conferma che il sig./sig.ra _____, è il/la padre/madre/fratello/sorella del nostro tesserato _____, nato a _____, il _____, il quale risulta regolarmente tesserato per la nostra Associazione per la stagione in corso e siete, quindi, autorizzati ad applicare le condizione agevolate agli esami e visite previste dalla convenzione in essere

La Società

_____