



# A.S.D. INTER CLUB PARMA

Via Grenoble, 9 - 43100 PARMA - Tel. e Fax 0521.482902  
Partita IVA 02187040346  
E-mail: interclubparma@libero.it - www.interclubparma.it

Parma, \_\_\_\_\_

Consegna a mani

Spett.le  
Medicina dello Sport Piccole Figlie Hospital  
medicinadellospor@pfhospital.it  
Piccole Figlie Hospital  
Via Po, 1  
43125 Parma (PR)

PARMA

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 condizioni agevolate agli esami e visite previste dalla convenzione in essere.

La Società

*[Handwritten signature]*

