



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
medicinadellosp@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]

