IO SOTTOSCRITTO/A _____

NATO A _____

CF _____

GENITORE CON PATRIA POTESTA' DI :

_____FIGLIO FIGLIA

NATO/A A _____

CHIEDE

COPIA

AUTENTICATA ☐ NON AUTENTICATA ☐

DELLA CARTELLA CLINICA RIFERIBILE ALLA VISITA SPORTIVA RICHIESTA PER CONTO DELLA SOCIETA'

SPORTIVA _____

SECONDO LA TAB A ☐ NON AGONISTICO SECONDO LA TAB B ☐

PER GLI USI CONSENTIT DALLA LEGGE .

Motivazione della richiesta_____

IN FEDE

Data _____FIRMA _____

Copia NON AUTENTICATA Non Agonista Euro 5,00 Agonista Euro 10,00

Copia AUTENTICATA Euro 20,00 per qualsiasi tipologia di cartella

RECAPITO TELEFONICO _____