



, fisioterapia e riabilitazione funzionale

IL SOTTOSCRITTO _____

DIRIGENTE/MEDICO DELLA SOCIETA' _____

AUTORIZZA L'ATLETA/SOCIO _____

AD ESSERE SOTTOPOSTO A VALUTAZIONE E/O TERAPIE RIABILITATIVE PRESSO
IL POLIAMBULATORIO RIABILITATIVO "EQUIPE",

DATA _____

FIRMA



A.S.D.
BASKET COSTA DI ROVIGO
Via Dante, 231
45023 Costa di Rovigo (Ro)
C.E. e P. IVA 01337400293