



, fisioterapia e rieducazione 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

