

# CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT

Laboratorio di Fisiopatologia delle Attività  
Motorie Direttore Dott. Mariano Mussida



ASSC  
Azienda Speciale di Servizi  
di Casalpusterlengo

Con la presente si richiede il pagamento da parte del/la sig./sig.ra

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il giorno \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

per VISITA AGONISTICA di tipo **B1-AP** per **€ 66.30**

da effettuarsi presso il Centro di Medicina dello Sport con sede all'ASST di Casalpusterlengo.

