

ALLEGATO A

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER PRESTAZIONE IN CONVENZIONE CON BIOLABOR SC E CENTRO MEDICINA DELLO SPORT SRL**

Nome e cognome del dipendente **ASD TRIATHLON LIVORNO**: \_\_\_\_\_

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

Documento di riconoscimento e N°: \_\_\_\_\_

Nome e cognome del familiare: \_\_\_\_\_

Grado di parentela (solo figlio, genitore o moglie/marito): \_\_\_\_\_

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

Documento di riconoscimento e N°: \_\_\_\_\_

Si richiede autorizzazione all'erogazione della prestazione in data:

- Presso i punti di prelievo Biolabor a Livorno
- Presso la struttura sanitaria: Centro Medicina dello Sport S.r.l. - Piazzale Montello, 12/A - Livorno

Data e Firma  
**ASD TRIATHLON LIVORNO**

---