

**MODULO DA COMPILARE IN OGNI SUA PARTE**

Io sottoscritto/a.....nato/a il.....  
a.....tel.....  
residente a .....in via .....  
dichiaro di essere iscritto al CUS PARMA A.S.D.  
con sede a .....tel.....  
e di essere a conoscenza delle modalità con cui accedere alla Convenzione in essere tra il CUS  
PARMA A.S.D. e il Poliambulatorio Gemini.

Data

In fede

.....

.....

**(DA COMPILARE SOLO NEL CASO IN CUI VENGA INVIATO UN PARENTE  
STRETTO O UN CONVIVENTE DELL'ASSOCIATO)**

Dichiaro inoltre che il Sig/Sig.ra.....  
residente in via.....a.....  
è un                               mio parente                               mio convivente  
tipo di parentela....., per questo motivo può usufruire della Convenzione  
in essere.

Data

Firma del Parente/Convivente

.....

.....