

# FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI PEDIATRI

F.I.M.P.

Sezione Provinciale di .....

Il sottoscritto Dott .....

- Specializzato in ....., in data .....  
senza alcun altro incarico a tempo indeterminato all'interno del SSN
  
- Iscritto alla scuola di specializzazione in .....

Chiede di essere iscritto alla Sezione Provinciale di ..... della FIMP

Data .....

Firma .....

*Link per inserire i propri dati, che vale come esplicito consenso al trattamento come indicato nell'informativa a disposizione nel sito Nazionale FIMP (www.fimp.pro):*

<http://consensogiovani.fimp.pro/>