

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/>