



**Federazione Regionale della Lombardia**  
**Via Teodosio, 33 - 20131 Milano**  
**Tel. 02/70605287 – fax 02/26688203**  
**e-mail: [milano@fimmglombardia.org](mailto:milano@fimmglombardia.org)**

Spett. **FIMMG** sede di .....

Il sottoscritto Dott. ....

Luogo e data di nascita .....

Codice fiscale .....cod. ENPAM .....

Indirizzo abitazione: .....

Tel. abitazione ..... fax abitazione .....

Indirizzo studio: .....

Tel. studio ..... fax studio ..

\*telefono cellulare ..... \*E-mail .....

ASL n. .... Distretto san..... codice regionale.....

Data di laurea (gg/m/a) .....\*Massimale ..... \*N. assistiti .....

**chiede l'iscrizione alla FIMMG**

Attività:

- ✓ < > Medico di Medicina generale
- ✓ < > Continuità assistenziale
- ✓ < > Emergenza sanitaria
- ✓ < > Dirigenza medica territoriale
- ✓ < > Medico in formazione
- ✓ < > medico pensionato

Data .....

Firma .....

Nota bene: la compilazione dei campi preceduti da asterisco non è obbligatoria

\*\*\*\*\*