



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

Al Direttore Generale della ATS n. .... della provincia di .....

Il sottoscritto Dott. ....

- ✓ < > Medico di Medicina generale
- ✓ < > Continuità assistenziale
- ✓ < > Emergenza sanitaria
- ✓ < > Dirigenza medica territoriale

operante nella ASL N. .... Regione ..... cod. reg. N. ....

### **AUTORIZZA**

La trattenuta della quota associativa alla FIMMG secondo le modalità stabilite dalla sezione provinciale di ..... a decorre dal .....

In fede

Data .....

Firma .....