



FEDERAZIONE MEDICI PEDIATRI DI TORINO E PROVINCIA

Corso De Gasperi 32 – 10129 TORINO

Tel. 011/503225 – Fax 011/5099233

mail: [fimpto@libero.it](mailto:fimpto@libero.it)

[www.fimptorino.org](http://www.fimptorino.org)

...l.....sottoscritt... Dr. ....

convenzionat... con il Servizio Sanitario Nazionale in qualità di Pediatra di Libera Scelta,

residente in..... Via..... n. .... CAP.....

tel. .... cell. ....

Studio medico in ..... Via ..... n..... CAP .....

ASL TO..... tel. .... Codice Regionale .....

mail: .....

Orario ambulatorio .....

.....

con la presente chiede l'iscrizione al Sindacato MEDICI PEDIATRI DI TORINO E PROVINCIA ed autorizza la trattenuta dello 0,6% mensile su propri emolumenti relativi alla sua attività nell'ambito della medicina convenzionata a favore del sindacato Federazione Medici Pediatri di Torino e provincia con decorrenza immediata.

Data .....

Firma .....

Link per inserire i propri dati <http://consenso.fimp.pro/> che vale come esplicito consenso al trattamento come indicato nell'informativa a disposizione nel sito Nazionale FIMP

<https://www.fimp.pro/privacy>