

**F.I.M.M.G. Provinciale di LECCE - c/o Ordine dei Medici, via N. Sauro, 31 - 73100 –Lecce**

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale nel Comune di \_\_\_\_\_

AUSL LE/ \_\_\_\_\_ Distretto N° \_\_\_ con studio in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'iscrizione nell'elenco degli aderenti alla Sezione Provinciale di LECCE della Federazione Italiana Medici- di Famiglia (FIMMG) delegando il Segretario Provinciale alla riscossione della quota associativa annuale, per l'importo stabilito ed approvato dall'Assemblea Provinciale, con trattenuta da effettuarsi sui compensi dovuti e pagati al sottoscritto dalla AUSL, direttamente e tramite istituto Bancario designato dalla stessa AUSL. La presente delega decorre dall'anno della domanda e cesserà di avere efficacia dall'anno successivo a quello della richiesta di cancellazione dall'elenco degli aderenti alla stessa Sezione Provinciale presentata dal sottoscritto,

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ firma \_\_\_\_\_