

**F.I.M.P.**  
**FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI PEDIATRI**

**MODULO DI ISCRIZIONE SEZIONE PROVINCIALE DI MODENA**

**IL SOTTOSCRITTO DOTT. \***

➤ **NATO A \***

➤ **NATO IL \* (GG-MM-AAAA)**

➤ **ANNO DI LAUREA \***

➤ **CODICE REGIONALE \***

➤ **CODICE FISCALE \***

➤ **CODICE ENPAM \***

➤ **DATI RESIDENZA**

<b>Residente in *</b>	
<b>Via *</b>	
<b>Cap *</b>	
<b>Telefono</b>	

➤ **DATI STUDIO**

<b>Studio in *</b>	
<b>Via *</b>	
<b>Cap *</b>	
<b>Telefono *</b>	

➤ **MAIL**

➤ **ATRO RECAPITO TELEFONICO**

**CHIEDE L'ISCRIZIONE ALLA SEZIONE DI MODENA DELLA FIMP**

**FIRMA E TIMBRO**

**DATA** \_\_\_\_\_

**Inviare copia in originale del modulo a:  
Dott.ssa MARIA GRAZIA CATELLANI  
SEGRETERIA PROVINCIALE FIMP MODENA  
Via Valdrighi 145  
41100 - MODENA**