



SETTORE CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Segreteria Regionale Umbria

Via Settevalli ,131 – 129 Perugia

AL DIRETTORE GENERALE DELLA ASL.....

DI

DELLA PROVINCIA DI.....

Via

Fax.....

Il sottoscritto Dott.

.....

Medico di Continuità Assistenziale operante nella ASL n.

AUTORIZZA

La trattenuta della quota associativa alla FIMMG CA Settore Continuità

Assistenziale secondo le modalità stabilite dalla Sezione provinciale di.....

..... a decorre dal

In fede

Data

Firma