

**Al Servizio Medicina di Base
Distretto di _____ ex USL**

**e p.c. Federazione Italiana Medici Pediatri
Sezione Provinciale di Catania
Via F. Fusco, 2
CATANIA**

**Il sottoscritto Dott. _____ , pediatra di libera scelta
convenzionato presso la Azienda U.S.L. 3 di Catania, Distretto di _____ ,
Comune di _____ , con codice regionale _____ ,**

COMUNICA

**la propria volontà di adesione sindacale a codesta Federazione Italiana Medici Pediatri,
Sezione Provinciale di Catania.**

**Con la presente inoltre il sottoscritto manifesta la sua volontà a recedere dall'iscrizione presso
la sigla sindacale _____ , cui finora iscritto e autorizza
contestualmente codesta Azienda USL 3, a versare alla Federazione Italiana Medici Pediatri,
Sezione Provinciale di Catania le relative quote sindacali**

Data

Timbro e Firma del Medico