

**Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)  
Domanda di Iscrizione/Accreditamento**

---

Il/La sottoscritto/a dottor/essa Cognome..... Nome.....  
Nato a ..... Prov. .... Il ... / ... / .....  
residente in Via/Piazza ..... Cap .....  
Comune ..... Prov. .... Cod. Reg..... ASL.....  
Tel. Casa ...../..... Tel. Studio...../..... Fax ...../..... Cell .....  
@mail ..... Cod. Fisc..... P.IVA.....  
Anno di laurea ..... Università di .....  
Specializzazioni: 1)..... 2)..... 3).....  
*Attività:*     MG     Universitario     Ospedaliero     Specialista     Libero professionale     altro .....  
*Lingue conosciute e parlate:*     Inglese     Francese     Tedesco     Spagnolo     altro .....  
A conoscenza dello Statuto e del Regolamento, chiede l'iscrizione alla S.I.M.G.  
Data..... In fede .....

**ATTENZIONE**

**I nuovi soci dovranno inviare la presente scheda alla SIMG Via Del Sansovino 179, 50142 Firenze. Tel 055700027, Fax 0557130315 allegando la documentazione comprovante il pagamento della quota sociale.**

**I soci che invece richiedono solo la qualifica di socio accreditato non dovranno inviare la presente scheda ma dovranno inserire i dati richiesti on-line seguendo le opportune istruzioni che troveranno nel sito della SIMG.: [www.simg.it](http://www.simg.it)**