



DOMANDA DI ADESIONE **PAZIENTE** A SOCIO ORDINARIO

SI PREGA DI SCRIVERE CHIARO E IN STAMPATELLO

E' BELLISSIMO POTERVI AVERE NELLA NOSTRA "GRANDE FAMIGLIA"

Il/la sottoscritto/a
nato a, il.....
professione/ specializzazione(°)

chiede di aderire in qualità di **SOCIO ORDINARIO**, all'ASSOCIAZIONE ITALIANA MUCOPOLISACCARIDOSI e MALATTIE AFFINI (ONLUS) in breve AIMPS (ONLUS), autorizzando la stessa ad inserire nella propria banca dati tutte le proprie informazioni; autorizzando la stessa a trasmettere ai Referenti AIMPS i propri dati; a pubblicare sul notiziario e/o sul sito web dell'Associazione fotografie e dati personali; in qualunque momento ne può richiedere la correzione, la limitazione e la cancellazione dei propri dati nel rispetto alla legge sulla "privacy" e "privacy informatica" n. 196/2003 e successive modificazioni mandando una email a privacy@aimps.it o faxando allo 02-99486016. Responsabile dei dati è il rappresentante legale pro-tempore .

Firma

.....

Domicilio:

Via CAP Città Prov.

telefono..... fax..... cel.

E-mail ufficio

TIPO DI DIAGNOSI RICEVUTA (es. MPS I o Sindrome di Hurler o mucopolisaccaridosi I):

Sindrome/Malattia di Indichiamo il nostro peso:

Centro dove è stata emessa la diagnosi:

Luogo e data in cui è stata emessa la diagnosi: TELEFONO.....

Nome del medico che ha dato la diagnosi: TELEFONO.....

Nome del medico di base: TELEFONO.....

Terapia di Sostituzione Enzimatica (ERT): SI - NO (barrare la scelta: se SI, compilare sotto)

Centro Clinico dove viene effettuata l'infusione:

Medico di riferimento del Centro Clinico:

N.ro di fiale usate:

E' stato effettuato trapianto di midollo osseo: SI - NO ((barrare la scelta: se SI, compilare sotto)

Centro dove è stato effettuato: Nome medico di riferimento: Data in cui è stato effettuato:

.....

Luogo e data di compilazione: