



## 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](mailto: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: .....