



## DOMANDA DI ADESIONE A SOCIO **COLLABORATORE**

SI PREGA DI SCRIVERE CHIARO E IN STAMPATELLO

E' BELLISSIMO POTERVI AVERE NELLA NOSTRA "GRANDE FAMIGLIA"

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

compatibilmente con i propri impegni, aderisce in qualità di **SOCIO COLLABORATORE(\*)** 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; autorizzare l' AIMPS 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 della 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 .....

(\*) Dallo Statuto dell'AIMPS (ONLUS): "Soci collaboratori: sono coloro che mettono a disposizione dell'Associazione la propria competenza teorica, scientifica e professionale in genere, a titolo gratuito, sostenendo gli obiettivi dell'Associazione".  
Il socio collaboratore può far parte dell'Assemblea Generale ed ha diritto di voto. Si vedano art. nn. 6-7-8 dello Statuto per altre normative.

(°) Si chiede cortesemente di indicare in quale ambito e in quale modo si intende collaborare cancellando il numero corrispondente:

1. Consulenza medica (indicare la specialità) \_\_\_\_\_
2. Consulenza scientifica in genere (indicare la specializzazione) \_\_\_\_\_
3. Consulenza su problemi sociali \_\_\_\_\_
4. Intervento volontario part-time o full-time (indicare il ruolo specifico desiderato, se part-time indicare anche l'orario preferito) \_\_\_\_\_
5. Consulenza su problemi scolastici \_\_\_\_\_
6. Consulenza su problemi legislativi \_\_\_\_\_
7. Traduzione di documentazione su mucopolisaccaridosi e malattie affini non italiana (prevalentemente di lingua inglese) \_\_\_\_\_
8. Ricerca di notizie aggiornate su mucopolisaccaridosi e malattie affini \_\_\_\_\_
9. Partecipazione a trasmissioni televisive di divulgazione e sensibilizzazione \_\_\_\_\_
10. Partecipazione ad eventi sulle mucopolisaccaridosi \_\_\_\_\_
11. Collegamento con altri soci collaboratori \_\_\_\_\_
12. Collegamento con associazioni MPS estere \_\_\_\_\_
13. Altro (indicare lo specifico) \_\_\_\_\_

**Luogo e data di compilazione:** \_\_\_\_\_