



DOMANDA DI ADESIONE **GENITORI** A SOCIO ORDINARIO

SI PREGA DI SCRIVERE CHIARO E IN STAMPATELLO

E' BELLISSIMO POTERVI AVERE NELLA NOSTRA "GRANDE FAMIGLIA"

La MAMMA , nata il,
a , professione.....
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

.....

Il PAPA' , nato il,
a , professione.....
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

FIGLI:	nome	peso attuale	data di nascita	sindrome
(anche non affetti)

Centro dove è stata emessa la diagnosi: Tel.....
Centro Clinico dove è seguito il bambino: Tel.....
Luogo e data in cui è stata emessa la diagnosi: Data

Nome del medico che ha dato la diagnosi: Tel.
Dati Pediatra o medico di base: Tel.

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: _____