



# DOMANDA DI ADESIONE GENITORI A SOCIO ORDINARIO

La MAMMA ....., nata a .....

il....., professione....., chiede di aderire in qualità di **SOCIO ORDINARIO**, all'ASSOCIAZIONE ITALIANA MUCOPOLISACCARIDOSI e MALATTIE AFFINI (ONLUS) in breve A.I.MPS (ONLUS), autorizzando la stessa ad inserire nella propria banca dati tutte le proprie informazioni; autorizzare l' A.I.MPS 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@mucopolisaccaridosi.it](mailto:privacy@mucopolisaccaridosi.it) o faxando allo 02-99486016. Responsabile dei dati è il rappresentante legale pro-tempore .

Firma

.....

Il PAPA' ....., nato a .....

il....., professione....., chiede di aderire in qualità di **SOCIO ORDINARIO**, all'ASSOCIAZIONE ITALIANA MUCOPOLISACCARIDOSI e MALATTIE AFFINI (ONLUS) in breve A.I.MPS (ONLUS), autorizzando la stessa ad inserire nella propria banca dati tutte le proprie informazioni; autorizzare l' A.I.MPS 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@mucopolisaccaridosi.it](mailto:privacy@mucopolisaccaridosi.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. ....

Se è stato compiuto trapianto di midollo osseo:  SI -  NO (barrare la scelta)

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

Luogo e data di compilazione .....