

MODULO DI ADESIONE GENITORI MPS

LA MAMMA _____,
nata a _____ il _____,
professione _____ CF _____,
IL PAPA' _____,
nato a _____ il _____,
professione _____ CF _____,

CHIEDONO di aderire in qualità di SOCI ORDINARI, all'ASSOCIAZIONE ITALIANA MUCOPOLISACCARIDOSI e MALATTIE AFFINI (APS) in breve AIMPS (APS), 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 e i social 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 0299486016. Responsabile dei dati è il rappresentante legale pro-tempore.

Firma _____

RESIDENZA o DOMICILIO:

Via _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____
Telefono _____ fax _____ cel. _____
E-mail _____ ufficio _____

TIPO DI DIAGNOSI DEL FIGLIO (es. MPS I o Sindrome di Hurler o Mucopolisaccaridosi di tipo I):

Sindrome/Malattia: _____ **Mutazione:** _____
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 sì, compilare sotto)

Centro Clinico d'infusione: _____ TELEFONO: _____
Medico di riferimento del Centro Clinico: _____ TELEFONO: _____
N.ro di fiale usate: _____ Peso del figlio : _____

TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO o STAMINALE (BMT): SI - NO (barrare la scelta: se sì, compilare sotto)

Centro Clinico dove è stato effettuato: _____
Nome dell'Ematologo/Trapiantologo: _____
Data del Trapianto: _____ Peso figlio: _____

Luogo _____ e data _____ di compilazione.