



MODULO DI ADESIONE PARENTE O CONOSCENTE

SI PREGA DI SCRIVERE CHIARO E IN STAMPATELLO

Il/la sottoscritto/a _____,

nato a _____ il _____,

professione _____ CF _____,

CHIEDE di aderire in qualità di SOCIO ORDINARIO, 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 _____

Cellulare 1: _____ Cellulare 2: _____

E-mail casa: _____

E-mail ufficio _____

PAZIENTE SEGUITO (es. MPS I o Sindrome di Hurler o Mucopolisaccaridosi di tipo I):

Nome del paziente: _____

MPS o Malattia Affine del paziente: _____

Luogo _____ e data _____ di compilazione.