

MODULO DI ADESIONE PAZIENTI ADULTI

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 _____ cel. _____

E-mail _____ ufficio _____

TIPO DI DIAGNOSI RICEVUTA (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 dove viene effettuata l'infusione: _____

Medico di riferimento del Centro Clinico: _____

N.ro di fiale usate: _____ Peso personale: _____

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 personale: _____