



**Associazione Nazionale
Fibromialgia (FM), Encefalomielite Mialgica (CFS/ME),
Sensibilità Chimica Multipla (MCS)**

Codice Fiscale: 93041130258

Presidente e Fondatrice: **ROSITA ROMOR**

Sede Legale: Piazza Papa Luciani 3 - 32015 PUOS D'ALPAGO (BL)

Contatti: info@anfisc.it - 348/69.92.878 -342/39.32.462 – Sito: www.anfisc.it

Pagina Facebook: ANFISC ONLUS

Modulo di Iscrizione

Il/la sottoscritto/a **Cognome** _____ **Nome** _____

Nata a _____ **Provincia** _____ **il** _____

Residente a _____ **CAP** _____ **Provincia** _____

Indirizzo _____

Telefono fisso _____ **Cell.** _____

e-mail _____ @ _____

SOCIO ORDINARIO (tutti gli ammalati)

SOCIO SOSTENITORE (tutti i sostenitori)

La quota associativa è di € 20,00

Versabile tramite Bonifico Bancario intestato a: **A.N.FI.S.C. ONLUS**

A.N.FI.S.C. ONLUS - INTESA SANPAOLO

iban IT11 E030 6905 6406 1529 5777 469

Causale: Socio Ordinario oppure Socio Sostenitore

L'Associazione ringrazia chi volesse fare donazione di qualsiasi bene

DOMANDE A SCOPO CENSIMENTO

soffri di Fibromialgia (FM)? ____ **soffri di Encefalomielite Mialgica (CFS/ME)?** ____

soffri di Sensibilità Chimica Multipla (MCS)? ____

- **quando ti è stata fatta la prima diagnosi? (anno)** _____ **da quale specialista?** _____

- **da quale/i medico/i sei seguito/a?** _____

- **in quale struttura sei seguita/o?** _____

- **chi è il tuo medico di base?** _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D.LGS.196/2003

Nel rispetto della normativa vigente, La informiamo che i Suoi dati personali, comuni e sensibili, da Lei forniti tramite il presente modulo d'iscrizione, saranno utilizzati conformemente alle finalità previste dallo statuto dell'A.N.FI.S.C. (ASS. NAZ.FIBROMIALGIA ENCEFALOMIELITE MIALGICA ED ALLERGIE MULTIPLE), Titolare del trattamento. I dati saranno utilizzati solo con modalità e procedure effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici strettamente necessarie per fornirLe i servizi di assistenza previsti. I dati potranno essere comunicati ad Enti ed Associazioni del settore socio-sanitario per le predette finalità (1). Potranno essere inoltre conosciuti da nostri operatori specificatamente autorizzati a trattare tali dati, in qualità di incaricati. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione. Senza i Suoi dati non potremo fornirLe i servizi da Lei richiesti o in suo favore previsti, in tutto o in parte. Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i suoi dati presso l'Associazione, la loro origine e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento (art. 7 d. Lgs.196/2003). Ogni informazione in merito ai soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venire a conoscenza in qualità di incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta direttamente alla Segreteria dell'A.N.FI.S.C., all'indirizzo indicato nel presente modulo (Piazza Papa Luciani 3, Puos d' Alpago 32010 Belluno). Sulla base di quanto sopra, apponendo la firma in calce, lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati personali, eventualmente anche sensibili alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati.

Luogo e data

Firma per accettazione (estesa e leggibile)