

Al consiglio direttivo di UNITI - Richiesta di adesione

Il/la sottoscritto/a chiede di aderire all'associazione, si impegna a rispettare lo statuto ed il regolamento interno che accetta integralmente e versa il contributo previsto per l'anno in corso sul CCP 52040284 o Bancario su IBAN IT 87 F 05156 65490 CC0170006290 intestato "UNITI", di cui allega copia della ricevuta di versamento.

Nota: I dati contrassegnati con un asterisco () sono obbligatori*

Data* Firma*

Autorizzo l'associazione al trattamento dei dati personali da me forniti, a soli fini di registrazione e statistici e nel rispetto della legge 31.12.1996, n.675

Data* Firma*

Dati di iscrizione

Nome e cognome*..... Telefono.....

Indirizzo*..... CAP*

Comune*Provincia*

Codice Fiscale*.....

Email*.....

Nome e cognome della persona affetta da ittiosi:
..... (se diversa dal richiedente)

Anno di nascita.....

Grado di parentela del richiedente con la persona affetta da Ittiosi (barrare la casella):

- genitore fratello/sorella figlio/figlia
 altro (specificare):

Questionario informativo

Tipo di ittiosi (se sconosciuto):

Centri consultati

Trattamenti praticati:

Risultati (ottimi; soddisfacenti; scadenti):
.....

Come ho conosciuto UNITI: Internet (sito, email, forum) Da medici o istituti di cura/ricerca
 Conoscenti Altro (Specificare)