



**A.N.F.I.S.C. ONLUS**



**Associazione Nazionale Fibromialgia ed Encefalomielite Mialgica**

**Modulo di Iscrizione all'Associazione**

**Compilare in stampatello in modo chiaro e leggibile, barrando le caselle appropriate**

INVIARE IL MODULO ad A.N.FI.SC ONLUS - Piazza Papa Luciani, 3 - 32015 Puos d'Alpago (BL)  
oppure via Fax **0437 471103**

Il /La sottoscritto/a **Nome** \_\_\_\_\_ **Cognome** \_\_\_\_\_

**Nato/a a** \_\_\_\_\_ **Provincia** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

**Residente a** \_\_\_\_\_ **Provincia** \_\_\_\_\_ **CAP** \_\_\_\_\_

**Via /Piazza** (specificare per esteso) \_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_

**Telefono fisso** \_\_\_\_\_ **Cell.** \_\_\_\_\_ **e-mail** \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI ISCRIVERSI COME**

- SOCIO ORDINARIO** (tutti gli ammalati) **A (\*)**  
 **SOCIO SOSTENITORE** (Chi intende sostenere l'associazione) **B**

Tutti possono iscriversi all'A.N.FI.S.C. Più persone saremo, più forza avremo per realizzare i nostri progetti per la guarigione.

**La quota associativa è di € 15,00**

L'Associazione ringrazia chi volesse fare donazione di qualsiasi bene.

**DOMANDE A SCOPO CENSIMENTO**

- **soffri di FIBROMIALGIA?**   
- **soffri di CFS ?**   
- **soffri di FIBROMIALGIA E CFS ?**   
- **quando ti è stata fatta la diagnosi (specificare l'anno)** \_\_\_\_\_  
  
- **chi ti ha fatto la diagnosi?** \_\_\_\_\_  
- **chi è il tuo medico curante ?** \_\_\_\_\_  
- **chi è il tuo medico di base?** \_\_\_\_\_  
- **qual è la struttura che ti segue?** \_\_\_\_\_

**Dati utili al versamento tramite c/c bancario **Cassa di Risparmio del Veneto –  
FILIALE di Puos d'Alpago codice IBAN IT 18 T 06225 61251 615295777469  
Intestato ad A.N.FI.S.C. ONLUS (\*) indicare causale (A- B)****

**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. (ASSOCIAZIONE NAZIONALE FIBROMIALGIA E STANCHEZZA CRONICA), 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 o tramite fax al n. 0437.471103. 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

NOTE (1) Tali soggetti operano in totale autonomia come distinti titolari di trattamenti, aventi le medesime finalità sopra indicate o finalità ad esse correlate.