

Associazione "Rete Malattie Rare" onlus

www.retemalattierare.it

- Modulo per la ricerca di contatti -

riservato ai malati di M.R. ed alle famiglie di malati di M.R.
per cui **NON** esiste un'associazione di pazienti e/o famiglie specifica

Data:*

il mio NOME (-malato/a - genitore - familiare -)*

mio indirizzo E-mail da usare per i contatti: (scrivilo con molta attenzione!)**

mio numero di tel. cellulare... (solo nel caso non fosse disponibile un recapito e-mail personale)**

Voglio mettermi in contatto con *:

altri malati con questa MR Sì No

altre famiglie di (bambini) con questa MR Sì No

altri familiari di disabili adulti con questa MR Sì No

della seguente Malattia Rara (M.R.)* [scrivere il nome esatto e completo della malattia rara]

(eventuale sinonimo/altro nome della M.R.)

Regione di residenza *

Sono già in contatto con altri malati/famiglie: Sì / No

La mia disponibilità, per contattare altre famiglie e/o malati, è stata già data anche a:

eventuale/i altro/i Ente, sito o associazione Sì No

Se la risposta è Sì indicare quale/i

Vorrei fondare un'associazione per questa M.R. Sì No

Altro (eventuale breve messaggio):

./.

-o-

I dati seguenti sono necessari all'Associazione **Rete Malattie Rare** onlus, per comunicazioni urgenti in alternativa all'indirizzo e-mail e/o n.cell fornito per la "ricerca contatto MR", **qualora non funzionanti**

Recapiti alternativi postali e/o telefonici (**NON vengono forniti ai possibili contatti**):

Nome e Cognome*: ...
Via*: ...
CAP: ...
Città*: ...
Provincia*: ...

Inserire **almeno una** delle seguenti alternative *

Telefono: ...
Cell.: ...
(eventuale altro e-mail): ...

***Campi indispensabili**

INFORMATIVA / PRIVACY - Trattamento dei dati personali (ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/03). Il trattamento dei dati personali raccolti mediante questo modulo, è finalizzato alla gestione di un indirizzario che ha lo scopo di permettere l'incontro di pazienti e famiglie coinvolte nella stessa patologia rara. I dati pervenuti verranno anche utilizzati per gestire i contatti tra l'Associazione Rete Malattie Rare e i richiedenti di questo servizio ed effettuare statistiche in forma anonima. I dati raccolti non saranno concessi se non per il raggiungimento della finalità di cui sopra. Il titolare del trattamento è l'Associazione Rete Malattie Rare. Contattandoci, gli interessati potranno richiedere ed ottenere la cancellazione, l'aggiornamento e la rettifica.

Acconsoento l'inserimento ed il trattamento dei miei dati, da me qui forniti, nel data-base (archivio elettronico) contatti M.R. dell'Associazione Rete Malattie Rare secondo la legge italiana:

Sì **No**

Firma [autografa a penna]

.....

ATTENZIONE: Questo modulo deve essere inviato **anche via FAX** (con la firma) al n. 178 223 8899

AVVISO: Questo modulo web viene inoltrato automaticamente mediante posta elettronica con i programmi di posta "Outlook" o "Outlook Express" con sistema operativo Windows.

Con altri client di posta o altri sistemi operativi procedere così:

1. compilare il modulo, 2. "selezionare tutto" il testo, 3. "copiare ed incollare" il testo in questa => [e-mail](#).

In questo modo l'Associazione Rete Malattie Rare ha anche la possibilità di visualizzare l'indirizzo del mittente e di archivarlo come riferimento valido, nel caso quello indicato nel modulo risulti errato o non funzionante.

Cancella tutto



Stampa

Inoltra richiesta (da confermare via fax)

Inviare questo modulo (stampato e compilato a mano e firmato), come FAX al n. 178 223 8899