

Contributo minimo annuale
€ 15.00 da versare con bonifico da qualsiasi Banca
sul CCB. A.CAL.MA.R. - ONLUS
IBAN IT71 V033 5901 6001 0000 0070 919
BANCA PROSSIMA (gruppo INTESA SAN PAOLO)
CATANZARO



**A.CAL.MA.R. - ONLUS -
SEDE DI CATANZARO**
Associazione Calabria Malati Reumatici
MODULO DI ISCRIZIONE ALL'ASSOCIAZIONE
(COMPILARE IN STAMPATELLO E BARRARE LE CASELLE APPROPRIATE)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Abitante in via _____

Città _____ Cap _____ Provincia _____

Telefono _____ Cell _____ e-mail _____

CHIEDE DI ISCRIVERSI IN QUALITA' DI SOCIO ORDINARIO ALL'A.CAL.MA.R. - CALABRIA

- malato _____
anno dell'inizio malattia _____
- parente del malato _____
grado di parentela _____

TIPO DI PATOLOGIA

1: Reumatismi cronici

- a) Artrite reumatoide ed altre artriti croniche
 b) Spondilite anchilosante
 c) Artrite psoriasica
 d) Artrite idiopatica giovanile
 e) Altre (specificare) _____

3: Osteoporosi

4: Fibromialgia e reumatismi extra-articolari

5: Gotta

6: Artrosi

2: Connettiviti sistemiche

- a) Lupus Eritematoso Sistemico
 b) Sclerosi sistemica (sclerodermia)
 c) Dermatomiocite / Polimiosite
 d) Sindrome di Sjogren
 e) Connettivite mista/indifferenziata
 f) Vasculiti
 g) Morbo di Raynaud
 h) Malattia di Behcet
 i) Altre (specificare) _____

7: Morbo di Paget osseo

8: Altre malattie delle ossa e delle articolazioni

Data _____

Firma _____

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI PROPRI DATI PERSONALI
Ex ART. 23 D.L.GS N. 196/2013

Il/La sottoscritto/a _____
avendo preso visione dell'informativa fornita dall'Associazione A.CAL.MA.R. ONLUS come previsto dall'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003
sul trattamento e sulla comunicazione dei dati personali (comuni e sensibili) da questa effettuati con la finalità di provvedere al
perseguimento dello scopo associativo e connessi adempimenti di legge e statutari, in relazione a quanto espresso al paragrafo 1 del
dell'informativa medesima e preso atto dei propri diritti riconosciuti dagli articoli 7 e 8 del Codice, acconsente al trattamento, ivi
compresa la comunicazione dei propri dati personali anche sensibili, per le finalità e nei limiti indicati nella menzionata informativa.

Luogo e Data _____

Firma leggibile _____

Spedire o recapitare a: A.CAL.MA.R. Calabria
il Presidente
Pugliano Dr. Rosario

Sede: Via Crispi, 115 - 88100 Catanzaro
Tel./Fax 0961.747029 - Cell. 340.5937991
pugliano.rosario@gmail.com