



a s s o c i a z i o n e

Ellie & Mia

un istante felice dura per sempre

Formulario per la domanda d'iscrizione ai progetti dell'Associazione Ellie e Mia

Dati personali del paziente <input type="checkbox"/> Signora <input type="checkbox"/> Signor Cognome e Nome: Data di nascita: Via: CAP e località:	Incollare qui l'etichetta o inserire i dati a mano
Numero di persone in famiglia (genitori e figli):	
Data di nascita fratelli o altri figli < 18 anni (gg/mm/aaaa):	
In caso di paziente minorenne, fornire in seguito i dati dei genitori o del rappresentante legale: E-mail: Cellulare:	

Dati confidenziali del paziente (I dati vengono richiesti soltanto per valutare se, e per quanto tempo, sussiste il diritto all'iscrizione. Non vengono trascritti su altri documenti) Diagnosi principale del paziente: La diagnosi è stata posta la prima volta il (data): È prevista una cura intensiva (chemio-, radioterapia, altro): <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Se sì, preghiamo di specificare indicativamente il tipo e la durata di questa cura: Eventuali osservazioni:

Firme Il medico dichiara di aver letto il documento "Regolamento e protezione dati" e lo sottoscrive integralmente. Luogo e data: Firma e Timbro medico: Il paziente , o la persona che lo rappresenta, conferma di aver letto il documento "Regolamento e protezione dati" e accetta di essere contattato per i progetti dell'Associazione. Luogo e data: Firma paziente (o rappresentante legale):

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

In caso di paziente minorenne inserire in seguito i dati di un rappresentante legale

<input type="checkbox"/> Signora <input type="checkbox"/> Signor
Nome e Cognome:
Data di nascita:
Via:
CAP e località:

AUTORIZZA
ai sensi e per gli effetti degli art. 4 e segg. (LPD), con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio
consenso al trattamento dei dati personali forniti a seguito della segnalazione inoltrata dal medico.

Luogo e data: Firma paziente (o rappresentante legale):