



SCHEDA DI ISCRIZIONE OPEN DAY LABIOPALATOSCHISI E ANOMALIE VASCOLARI 22 GIUGNO 2019

NOME E COGNOME

INDIRIZZO

CAP, CITTA'

CELL..... E-MAIL.....

SOCIO DI BA.BI.S. ONLUS SI NO

SONO UN PAZIENTE MAGGIORENNE

SONO GENITORE DEL PAZIENTE
(MIO FIGLIO/A PARTECIPA SI NO)

DATA DI NASCITA DEL PAZIENTE

PATOLOGIA

SEGUITO PRESSO.....

NOME ALTRO GENITORE (SE PARTECIPA).....

NOME FRATELLI/SORELLE (SE PARTECIPANO):

1)..... ETA'

2)..... ETA'

3)..... ETA'

ALTRI PARTECIPANTI (Nome e Cognome):

NONNO NONNA ALTRO.....

VUOI ESSERE INFORMATO SU INIZIATIVE BA.BI.S. ONLUS SI NO

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI LEGGE N. 675/96 DEL 31/12/1996

Il/La sottoscritto/a concede ai sensi della Legge n. 675/96, il Suo consenso al trattamento dei dati personali esclusivamente per le finalità connesse alla presente iscrizione, consapevole inoltre, che le informazioni rilasciate saranno trattate con i mezzi che ne assicurino la riservatezza, come prescritto dalla norma in materia.

Firma