



Scheda per la raccolta dei dati Federazione

La richiesta potrà essere accettata solamente allegando copia dello Statuto dell'Associazione conforme all'originale depositato con gli estremi di registrazione visibili

I campi con l'asterisco (*) sono obbligatori

Federazione

sigla

nome*

onlus* Si No

e-mail

data di registrazione dello statuto* _ _ / _ _ / _ _ _ _

ha un sito internet?* Si No

se sì, indicare quale

Patologia/e di cui si occupa la Federazione*

.....

Sede

tipo di sede* (legale, amministrativa, ecc.)

presso* (ospedale, ecc)

indirizzo*

cap*

comune*

prov*

telefono*

cellulare

fax

Eventuale altra Sede

tipo di sede* (legale, amministrativa, ecc.)

presso* (ospedale, ecc)

indirizzo*

cap*

comune*

prov*

telefono*

cellulare

fax

Presidente

cognome*

nome*

telefono*

cellulare

fax

e-mail

Eventuale altro referente

cognome* nome*
telefono* cellulare fax
e-mail
ruolo che riveste nella Federazione*
(segretario, responsabile, ecc.)

Elenco associazioni appartenenti alla federazione

informazioni in allegato? Si No

se no, compilare la tabella:

sezione	indirizzo	tel	email

INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - L. 196/2003

Il Centro Nazionale Malattie Rare dell'Istituto Superiore di Sanità provvederà alla raccolta e alla conservazione dei dati. Per poter fornire adeguati servizi informativi ai pazienti con malattia rara, i dati richiesti saranno pubblicati sul sito del Centro Nazionale Malattie Rare (<http://www.iss.it/cnmr>), ad eccezione dei dati personali.

Questi ultimi saranno conservati e trattati nel rispetto del D.L. 196/2003 e utilizzati unicamente per il contatto diretto con gli interessati.

Responsabile del trattamento è l'Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena 299 00161 – Roma.

L'interessato può in ogni momento accedere alle informazioni che lo riguardano per ottenere l'aggiornamento, la rettifica o la cancellazione dei dati.

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella scheda.

Data

Firma

.....

