

AL CONSIGLIO DIRETTIVO di

**AIPaSiM**

Associazione Italiana Pazienti con  
Sindrome Mielodisplastica

Piazza Ospedale Maggiore 3  
20162 MILANO

Data: \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI AMMISSIONE QUALE ASSOCIATO**

|                                                      |  |
|------------------------------------------------------|--|
| Nome e Cognome                                       |  |
| Città di nascita, se è all' Estero indicare lo Stato |  |
| Data di nascita                                      |  |
| Codice Fiscale                                       |  |
| Indirizzo, n. civico Città, CAP, Prov.               |  |
| Recapito telefonico                                  |  |
| E-mail                                               |  |

Desidero ricevere via mail la Newsletter dell'Associazione ☐ SI ☐ NO

Dichiaro di aver preso visione delle norme statutarie che regolano l'Associazione (sempre consultabili sul sito [www.aipasim.org](http://www.aipasim.org) alla sezione Chi Siamo) e di condividerne i valori, gli scopi e le norme espresse dallo Statuto medesimo e di voler partecipare, per quanto mi sia possibile, alle attività dell'Associazione.

Dichiaro altresì di essere (ai soli fini statistici):

|                                 |                             |                    |                             |
|---------------------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------------------|
| Paziente MDS .....              | <input type="checkbox"/> SI | Anno diagnosi_____ | <input type="checkbox"/> NO |
| Familiare di paziente MDS ..... | <input type="checkbox"/> SI |                    | <input type="checkbox"/> NO |
| Caregiver .....                 | <input type="checkbox"/> SI |                    | <input type="checkbox"/> NO |
| Altro .....                     | <input type="checkbox"/> SI |                    | <input type="checkbox"/> NO |

Confermo di aver compreso che i dati che sto fornendo sono necessari, a norma di legge, per l'inserimento del mio nominativo nel libro Soci dell'Associazione; pertanto, autorizzo espressamente AIPaSiM al trattamento dei dati sopra riportati inerenti la mia persona, ai sensi del DGPR – Regolamento UE 2016/679 relativo alla tutela della Privacy.

Firma\_\_\_\_\_