

Direzione Regionale per la Sicilia

Gentile Signora/e,  
in attuazione della convenzione che da luglio 2009 avvia una collaborazione tra INAIL e A.N.I.O. Le chiediamo cortesemente di compilare questo modello che servirà alla raccolta dei dati statistici necessari alla creazione di una Banca Dati sulle infezioni osteoarticolari.

Se Lei autorizzerà l'ANIO a contattarla (barrando l'apposita casella per il consenso) sarà chiamata dai nostri esperti che Le daranno tutte le informazioni necessarie ad affrontare il disagio di una complicanza post trauma e La informeranno sulle agevolazioni sociali previste, compresa la possibilità di consulenze presso Centri altamente specializzati.

Autorizzo il consenso al contatto telefonico:  SI  NO

**Per ulteriori chiarimenti potrà contattare il Numero Verde 800 688 400 da lunedì al venerdì dalle 09:00 alle 13:30, (da rete fissa) o consultare l'accordo ANIO – INAIL sul sito [www.anio.it](http://www.anio.it) o [www.inail.it/sicilia](http://www.inail.it/sicilia).**

**Consenso informato e censimento**, ai fini del D.M. 28 maggio 1999, n. 329 "regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti, ai sensi dell'art. 5, comma 1, lettera a) del D.Lgs. del 29 aprile 1998 n. 124.

Cognome

Nome

Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ civico \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Codice. Fiscale

Tessera Sanitaria..... Telefono..... cell.....

Fax ..... E-mail ..... Professione.....

Data dell'apertura infortunio il \_\_\_\_\_ numero pratica \_\_\_\_\_

**Ha contratto infezioni osteo - articolari?**  SI  NO ; in fase di accertamento

Ha subito interventi di chirurgia ortopedica?  SI  NO

Ha una protesi ossea?  SI  NO

Ha una invalidità?  SI  NO ; Legge 104  SI  NO ; in attesa  ; Legge 104 comma 3  ; Legge 104 comma 1

**Ha una esenzione ticket?**  SI  NO

Esenzione ticket per patologia  ; Esenzione Ticket per reddito  ; Esenzione ticket per invalidità

**Ha subito infortuni sul lavoro precedenti ?**  SI  NO

**Medico Curante:** ..... **Tel.** ..... **Via** .....

I dati rilasciati saranno trattati in conformità Decreto Legislativo n° 196 del 30 giugno 2003 e custoditi presso le Sedi ANIO nelle modalità disposte dal D.P.S.

Località e data ..... **Firma** .....

Autorizzo l'A.N.I.O. – O.N.L.U.S. al censimento dei miei dati in conformità dell'art. 7 D.L. n° 196 del 30 giugno 2003, sul trattamento dei dati personali. **ANIO- ONLUS si riserva di comunicare con gli aderenti con tutti i mezzi telematici a sua disposizione. (e-mail, posta, fax, R/R, contatto telefonico, SMS, MMS).**

Località e data ..... **Firma** .....