



Associazione Nazionale per le Infezioni Osteo Articolari

Gentile Signora/e,

in attuazione dell'accordo tra SIMSI 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. Inoltre, se barra la casella 1, ha la possibilità di essere informata su tutte le agevolazioni e tutele a lei dovute.

Se Lei autorizzerà l'ANIO a contattarla (barrando l'apposita casella 1 per il consenso) sarà chiamata dai nostri esperti che Le daranno tutte le informazioni necessarie per affrontare il disagio di una complicanza post trauma nonché sulle agevolazioni sociali previste, compresa la possibilità di consulenze di esperti di infezioni ossee e articolari provenienti dai Centri altamente specializzati.

1 - 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 - SIMSI sul sito www.anio.it o www.simsi.org.

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.....

A.N.I.O.- O.N.L.U.S.: Presidenza Nazionale: Via Altofonte Malpasso 453/R 90126 Villagrazia - Palermo

Centro d'ascolto: c/o CTO Villa Sofia - Via Ninni Cassarà n° 2 - Cap. 90146 Palermo

Numero Verde : 800 688 400 telefono: 091 514040; fax 091 521850; e-mail: amministrazione@anio.it; sito: www.anio.it

Codice Fiscale: 9716 5330 826 - C/C postale: 21641931 - COD. IBAN: IT 57 F 07601 04600 000021641931