A.N.I.O. O.N.L.U.S.
Associazione Nazionale per le Infezioni Osteo Articolari

L'A.N.I.O - Onlus ti chiede la compilazione di questo modello al fine di stabilire il numero di affetti da infezioni ossee, affinché possa definirsi la lunga trattativa di riconoscimento della patologia, esenzione TICKET e tutte le fondamentali agevolazioni sociali di cui un malato necessità.

L'attività di censimento è regolarmente denunciata alle autorità competenti e notificata al registro del trattamento dei dati con ID 2006033000128715, presso il Garante per la Privacy.

Per ulteriori chiarimenti o per inviarci la presente scheda, può contattare il Centro d'ascolto aperto da lunedì a venerdì dalle 09:00 alle 13:30 al Numero Verde 800 688 400.

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 decreto legislativo 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…….. *altro telefono*…… *Cell*……

Fax …… *E-mail* ……*Professione*……..

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 104comma 1* ☐

Ha una esenzione ticket? ☐ *SI* ☐ *NO*

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

Ha subito un infortunio sul lavoro? ☐ *SI* ☐ *NO*

Ha inoltrato pratica INAIL? ☐ *SI* ☐ *NO* ; *pensionato INAIL* ☐ ; *in attesa* ☐ ; *pratica chiusa* ☐

Patologie correlate:……

Medico Curante:…… ***Tel***…… ***Via***……

I dati rilasciati saranno trattati in conformità D.L. n° 196 del 30 giugno 2003, e custoditi presso le sedi ANIO nelle modalità disposte del 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**