



Associazione Malattie Rare "Mauro Baschirotto"

Costozza Vicenza - Italy - Tel. Fax. +390444555557

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Con la presente il sottoscritto.....
nato aile residente in
via.....cap.....Comune.....
povincia di

ai sensi della Legge 675/96 sul trattamento dei dati personali, esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali, alla diffusione di questi ai fini di diagnosi, cura e ricerca (in questo caso resi assolutamente anonimi) da parte dell'Associazione Malattie Rare Mauro Baschirotto.

In particolare chiede esplicitamente che il proprio nominativo venga inoltrato ad altre persone interessate da analoghi problemi di salute e/o patologie.

Data:

Firma
