



## :: Associazione Italiana Febbri Periodiche ::

### CENSIMENTO

Centri Diagnostici e Cura per le Malattie Autoinfiammatorie (Anno 2014)

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa.....

Ente Ospedaliero.....

Tel..... Cell..... FAX.....

E-mail.....

**\*Dati Struttura di Diagnosi/Cura:**

Nome Ospedale:.....

U.O.:.....

Indirizzo:.....

Direttore / responsabile / riferimento:.....

Telefono / FAX / E-mail.....

Patologie diagnosticabili geneticamente c/o il Centro (elencare nome geni testati):.....

Patologie trattate clinicamente e relativo **numero casi** fino alla data odierna:.....

dall'**inizio dell'attività per questo tipo di patologie**, nell'Anno .....

### ADERISCE

*al Censimento AIFP dei Centri Italiani di Diagnosi e Cura  
delle Febbri Periodiche (Malattie Autoinfiammatorie)*

*e **\*CHIEDE** l'inserimento dei **dati della struttura** sopra indicati nel Database dell'Associazione*

**Il richiedente**

Data .....

Firma.....

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

*Autorizzo al trattamento dei miei dati personali, ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs.196/03, per gli scopi inerenti le attività associative dell'Associazione AIFP - "Associazione Italiana Febbri Periodiche".*

Data.....

Firma.....

**AIFP – Associazione Italiana Febbri Periodiche**

Cod.Fis. 90125490277

Sede Legale: San Marco n. 3717 - 30124 VENEZIA

Cell.info (+39) 346 410 8 714 · Tel. (+39) 041 6392467 · Cell.Presidente (+39) 346 410 8 713 · FAX 178 2725891

Sito Web: <http://www.febbriperiodiche.it> · E-mail: [info@febbriperiodiche.it](mailto:info@febbriperiodiche.it)

c.c.p. n.77027340 intestato a: "Associazione Italiana Febbri Periodiche" IBAN IT93K 07601 12000 0000 7702 7340