

DOMANDA DI ISCRIZIONE

socio ordinario socio familiare socio celiaco/diabetico socio sostenitore

Cognome	
Nome	
Luogo di nascita	
Data di nascita	
Codice fiscale	
indirizzo via	
	via
	cap
	città
	provincia
	tel.
	e-mail
vuoi ricevere ZOOM online?	SÌ NO
affetto da:	barrare SÌ o NO
celiachia	SÌ NO
dermatite erpetiforme	SÌ NO
diabete	SÌ NO
socio non celiaco	SÌ NO
Se il socio non è celiaco indicare il nome dell'eventuale persona celiaca nel nucleo familiare	
Ente ospedaliero dove è stata effettuata la diagnosi	
Medico specialista che ha effettuato la diagnosi	
data della diagnosi	
medico che segue il paziente	
eventuali presenze di altri soggetti celiaci nel nucleo familiare	
eventuale indirizzo di mense pubbliche (scolastiche, ecc.) da parte di componenti celiaci nel nucleo familiare	

Consento, ai sensi della L. 675/96 al trattamento dei miei dati personali nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari

Firma

(se il socio è minorenne occorre la firma di un genitore)