

SCHEDA DI PARTECIPAZIONE

**Presentazione della GUIDA
“Associazioni Italiane Malattie Rare”**

**Camera dei Deputati - Palazzo Marini, Sala Colonne
Via Poli, 19 - Roma**

MERCOLEDI' 8 ottobre 2008 - ore 12.00

Nome e Cognome.....

Associazione/Ente

Indirizzo.....

Telefono..... cell. Fax.....

E – mail.....

Professione

Con la firma apposta nella presente scheda, in piena conoscenza della Legge 675 del 31.12.96 sul trattamento dei dati personali ed in particolare degli articoli 11, 20, 22, 24 e 28, autorizzo UNIAMO FIMR onlus ed acconsento, sino a revoca scritta da parte mia, al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali nei limiti della predetta legge. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Data _____

Firma _____

Segreteria UNIAMO FIMR onlus:
Sara Alba
Tel. / fax 041-2410886
segreteria@uniamo.org