

**Modulo per il rinnovo della quota associativa a A.R.D.**  
**Da compilare, stampare e spedire in busta chiusa a**  
**Associazione Italiana per la Ricerca sulla Distonia - c/o Avv. Lavinia Freddi -**  
**Via Roma, 39 - 23855 Pescate (LC)**  
*oppure scannerizzare e inviare via mail a [segreteria@distonia.it](mailto:segreteria@distonia.it)*

---

**DESIDERO VERSARE LA QUOTA ASSOCIATIVA PER L'ANNO .....**  
**A ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA RICERCA SULLA DISTONIA**

Nome ..... Cognome .....  
Data di Nascita ..... Luogo di Nascita ..... (.....)  
Indirizzo di Residenza: Via .....  
CAP ..... Comune ..... (.....)  
Tel. .... Cellulare .....  
Email.....@.....

**IN QUANTO:**

**PAZIENTE**

- Indicare tipologia di Distonia .....
- Indicare nome proprio medico di riferimento .....
- Indicare se si gode di esenzione:      NO      SI, se si indicare quale:
  - Esenzione RF0090 per Malattia Rara o per Distonia di Torsione Idiopatica
  - Esenzione RFG168 per Distonia Primaria
  - Altro tipo di esenzione.....
- Indicare se si ha invalidità:      NO      SI

**FAMILIARE DI UN DISTONICO** .....

**MEDICO** .....

**OPERATORE SANITARIO** .....

**ALTRO (INDICARE IL MOTIVO)** .....

**NOTE:**

Vi prego di inviarmi ulteriori informazioni a proposito di: .....

Quali criticità incontro nella mia condizione di Distonico: .....

---

**Desidero iscrivermi come Socio ordinario e ho versato l'importo di Euro 20,00 mediante:**

- Bonifico bancario a: IBAN IT12P0329601601000067170447  
Presso: FIDEURAM SPA – 20122 Milano (MI), Corso di Porta Romana. 16

**Intestato a: ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA RICERCA SULLA DISTONIA - Via Roma, 39 – 23855 Pescate (LC)**

“Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs 196 del 30 giugno 2003  
e dell’art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679)”

Data .....

Firma .....