

# Modulo di iscrizione a Associazione Italiana per la Ricerca sulla Distonia

Da compilare, stampare e spedire in busta chiusa a

Associazione Italiana per la Ricerca sulla Distonia c/o Rinaldoni Claudia via Amendola, 6/11 – 20090 Segrate (MI)  
oppure scannerizzarlo e inviarlo via email a [segreteria@distonia.it](mailto:segreteria@distonia.it)

---

Nome ..... Cognome .....

Data di nascita ..... Luogo di nascita .....

Indirizzo di residenza ..... CAP .....

Comune ..... Prov .....

Telefono ..... Cellulare ..... E-mail .....

## Desidero diventare socio dell'Associazione Italiana per la Ricerca sulla Distonia in quanto:

PAZIENTE

- Indicare la tipologia di Distonia .....
- Indicare nome proprio medico di riferimento .....
- Indicare se si gode di esenzione:       No       Sì, se Sì 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       Sì

- 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 persona con distonia: .....

---

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

- Bollettino postale: C/C postale 13839279 - IBAN IT24C0760101600000013839279
- Bonifico bancario a - IBAN IT24C0760101600000013839279

Presso: Ufficio Postale di Segrate (MI), Via Conte Suardi, n. 69  
Intestato a: ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA RICERCA SULLA DISTONIA  
c/o Claudia Rinaldoni, via Amendola 6/11 – 20090 Segrate (MI)

*Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003*

Data ..... Firma .....