



**ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA SINDROME DI EMIPLEGIA ALTERNANTE - A.I.S.EA ONLUS**  
**SCHEDA ANAGRAFICA PER FAMIGLIE EA**  
**(da compilare e restituire all'associazione insieme al Modulo per il Consenso al Trattamento dei Dati)**

**Genitori**

Cognome e nome del **PADRE** \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Cognome e nome della **MADRE** \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

**Figli (barrare con una crocetta i/il figli/o affetti/o da EMIPLEGIA ALTERNANTE – EA)**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

**Residenza**

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono Casa \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**Medico specialista**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Telefono Studio \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

I Sottoscritti autorizzano, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs196/93, il trattamento di tutti i dati riportati nella presente scheda, compresi i futuri eventuali aggiornamenti e/o modifiche dagli stessi comunicati, per tutte le finalità statutarie dell'Associazione A.I.S.EA ONLUS.