



SCHEDA DI ISCRIZIONE  
Incontro annuale con le famiglie e i pazienti  
LA CRESCITA DEI BAMBINI

Domenica 14 ottobre 2018

Hotel Fiera

Via Orzinuovi, 135/139 - BRESCIA

[www.hotelfieradibrescia.it](http://www.hotelfieradibrescia.it)

NOME E COGNOME .....

INDIRIZZO .....

CAP, CITTA' .....

CELL..... E--MAIL.....

SOCIO DI AFaDOC. ONLUS  SI  NO

-- PAZIENTE  SI  NO

-- GENITORE DI .....

DATA DI NASCITA DEL PAZIENTE .....

PATOLOGIA .....

SEGUITO PRESSO.....

NOME ALTRO GENITORE (SE PARTECIPA).....

NOME FRATELLI/SORELLE (SE PARTECIPANO):

1)..... ETA' .....

2)..... ETA' .....

**PARTECIPANTI AL PRANZO CONCLUSIVO, costo € 20,00 a partecipante:**

SI  NO ADULTI N..... BAMBINI (0-8 anni) N. ... (€ 10,00)

VUOI ESSERE INFORMATO SU ALTRE INIZIATIVE AFaDOC. ONLUS  SI  NO

**DA RESTITUIRE ENTRO IL 05 OTTOBRE 2018 a [info@afadoc.it](mailto:info@afadoc.it) (assieme alla ricevuta del pagamento del pranzo - IBAN bonifico: IT12G0200811811000003741663)**

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI : ai sensi dell'art.13 del "Codice in materia di protezione dei dati personali" (D.Lgs. 196/2003) il /la sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità prescritte dalla normativa vigente.

Firma .....