



**ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE E L'ASSISTENZA DEI SORDI**  
**Costituito dall'Associazione Italiana Minorati dell'Udito e della Parola**

*Ente Morale preposto all'attività promozionale, di rappresentanza, di tutela e di studio dei problemi della sordità e della parola*  
*Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale*

SEZIONE PROVINCIALE DI VICENZA contrà Mure S. Domenico, 8 - 36100 VICENZA - cod. fisc.: 04928591009

Tel. DTS e Fax: 0444301906 - [www.ensvicenza.it](http://www.ensvicenza.it) - e-mail: [vicenza@ens.it](mailto:vicenza@ens.it) - msn: [ensvicenza@hotmail.it](mailto:ensvicenza@hotmail.it)

Prot n°  
Allegati:

Vicenza, li 31/05/2010

OGGETTO: Modulo raccolta dati

Spett.le  
ENS Sezione di Vicenza  
contrà Mure S. Domenico, 8  
Vicenza

Con la presente chiedo di inserire i dati sottostanti nel database per la gestione del servizio di emergenza con sms, per persone sorde.

<b>DATI PERSONALI:</b>
COGNOME: _____
NOME: _____
RESIDENTE IN: _____
COMUNE: _____
E- MAIL: _____

<b>TELEFONO:</b>
N. ° CELLULARE: _____
<i>Barrare la casella della propria compagnia telefonica:</i>
<input type="checkbox"/> TIM
<input type="checkbox"/> VODAFONE
<input type="checkbox"/> WIND
<input type="checkbox"/> TRE
FISSO (SOLO SE ABILITATO INVIO RICEZIONE SMS SU RETE TELECOM): _____

<b>PERSONE DI SUPPORTO UDENTI (familiare, vicino di casa, convivente, etc...):</b>
N. ° 1 - COGNOME E NOME: _____
RESIDENTE: _____
TELEFONO (fisso e cellulare): _____
N. ° 2 - COGNOME E NOME: _____
RESIDENTE: _____
TELEFONO (fisso e cellulare) _____

**SEI CERTIFICATO COME SORDO (ex sordomutismo)?**

Barrare sì o no...

- SÌ  
 NO

**PATOLOGIE IN ATTO:**

Barrare le caselle. Suggeriamo di compilare insieme al medico di base.

- IPERTENSIONE ARTERIOSA  
 MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE  
 MALATTIE ARITMICHE DEL CUORE  
 ARTERIOPATIE  
 MALATTIE CEREBROVASCOLARI  
 EPILESSIA  
 ESITI DI TRAUMI CRANICI O INTERVENTI NEUCHIRURGICI  
 TRAUMATISMI DEI NERVI E DEL MIDOLLO SPINALE  
 MALATTIE POLMONARI CRONICHE OSTRUTTIVE E CONDIZIONI ASSOCIATE  
 ASMA BRONCHIALE  
 MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE  
 NEFRITE, SINDROME NEFROSICA E NEFROSI  
 MALATTIE DELL'APPARATO OSTEOARTICOLARE  
 DEFICIT MOTORI  
 MALATTIE OCULARI  
 ALLERGIE (a farmaci, etc) \_\_\_\_\_  
 TUMORE (indicare dove: cerebrale, polmonare...) \_\_\_\_\_  
 Altro \_\_\_\_\_

**FARMACI: Che farmaci prendi tutti i giorni?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

Il presente modulo va spedito:

- via fax allo 0444301906 oppure
- per posta a ENS Vicenza contrà Mure S.Domenico n.° 8 – 36100 Vicenza, oppure
- via mail a [vicenza@ens.it](mailto:vicenza@ens.it)

**Si prega di comunicare ogni variazione successiva con le stesse modalità.**

*Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il trattamento delle informazioni che la riguardano, sarà improntato ai principi di correttezza liceità e trasparenza tutelando la sua riservatezza e i suoi diritti.*

*Ai sensi dell'art. 13 del predetto decreto i dati da lei forniti saranno utilizzati esclusivamente per l'inserimento nel database relativo alla gestione del servizio di comunicazione in emergenza con sms. Saranno comunicati alla USSL n° 6 di Vicenza per la stessa finalità. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti né saranno oggetto di diffusione.*

*In conformità alle disposizioni vigenti in materia di privacy del predetto decreto esprime il suo consenso al trattamento degli stessi per l'iniziativa in oggetto e per la comunicazione dei dati a USLL n.° 6 Vicenza.*

Data: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_