

## DICENTARE MEMBRO

Nome

---

Cognome

---

Indirizzo

---

NAP / località

---

Telefono

E-Mail

---

Diventare membro

Membro separato

Membro collectiva

Sono affetto da FC

Si

No

Abbiamo un figlio affetto da FC

Si

No

Nome del figlio/figli

---

Centro FC curante (per bambini/adulti con FC)

---

Sono vicino ad una persona affetta da FC

Si

No

Luogo / Data

Firma

---