



SCREENING 2017

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_  
casi in famiglia si [ ] no [ ]

**CHIEDO**

di partecipare allo screening della campagna di prevenzione sanitaria 2017 promossa da Progetto Grazia.

Con la presente autorizzo Progetto Grazia a trasmettere i miei dati alla struttura scelta per il prelievo del tampone, al fine di poter predisporre l'appuntamento per lo screening prescelto.

(data) \_\_\_\_\_

(firma) \_\_\_\_\_

---

Il presente modulo deve essere inviato tramite fax allo 0954032095, via email a [info@progettograzia.it](mailto:info@progettograzia.it) o spedito presso i nostri uffici siti in viale Artale Alagona 27/H Catania.

**"Progetto Grazia"**

**Associazione Italiana ONLUS per la Ricerca sulla Leucodistrofia di Krabbe**

**Sede legale :** Via J.F. Kennedy, 17/F - 95024 Acireale ( CT ) - **Uffici :** Viale Artale Alagona 27/H - 95126 Catania  
Telefono 095.4032090 fax 0954032095 - Cod. Fisc./ P.iva : 90036040872

[info@progettograzia.it](mailto:info@progettograzia.it) – [www.progettograzia.it](http://www.progettograzia.it)