

FOTOGRAFIA

SÓCIO N.º _____

DATA DE INSCRIÇÃO ____ / ____ / 200__

DELEGAÇÃO _____

DADOS PESSOAIS (preenchimento obrigatório):

NOME _____

NÚMERO DE CONTRIBUINTE _____

MORADA _____

LOCALIDADE _____ CÓD. POSTAL _____

CONCELHO _____ DISTRITO _____

Sim, quero receber correspondência enviada pela Myos e relacionada com a área de trabalho da Associação (Informações sobre as patologias, sobre a associação e as actividades por ela desenvolvidas, Boletins Informativos, informações da delegação da minha área de residência).

Não, não quero receber qualquer correspondência relacionada com a área de trabalho da Myos.

Sim, quero receber questionários para participar em estudos na área da saúde (medicina, psicologia, fisioterapia, enfermagem, entre outros), de forma a desenvolver o conhecimento acerca destas patologias.

DADOS PESSOAIS (preenchimento facultativo):

TELEFONE _____ FAX _____

TELEMÓVEL _____

E-MAIL 1 _____ E-MAIL 2 _____

DATA DE NASCIMENTO ____ / ____ / ____ ESTADO CIVIL _____

PROFISSÃO _____ REFORMADO

PROFISSIONAL SAÚDE

DOENTE FAMILIAR GRAU DE PARENTESCO _____

AMIGO/A

INSCRIÇÃO:

QUOTA MENSAL : € 2,50

Os pagamentos efectuam-se semestralmente ou anualmente (até Junho ou Dezembro).

V. S. F. F.

DADOS CLÍNICOS (preenchimento facultativo - Estes dados destinam-se a fins estatísticos da associação de forma a ter uma melhor percepção da realidade das patologias em Portugal. Todos os dados são confidenciais.):

PATOLOGIA DIAGNOSTICADA: FIBROMIALGIA SÍNDROME DE FADIGA CRÓNICA

DATA APROXIMADA DO INÍCIO DOS SINTOMAS _____

DATA DO DIAGNÓSTICO _____

MÉDICO QUE FEZ DIAGNÓSTICO _____ ESPECIALIDADE _____

MÉDICO QUE ACTUALMENTE O/A ASSISTE _____ ESPECIALIDADE _____

OUTRAS DOENÇAS DIAGNOSTICADAS _____

COMO TEVE CONHECIMENTO DA ASSOCIAÇÃO:

MÉDICO/A SITE REVISTA/TELEVISÃO AMIGO OUTROS QUAL _____

VOLUNTARIADO NA MYOS:

GOSTARIA DE FAZER VOLUNTARIADO? SIM NÃO

DISPONIBILIDADE _____

ÁREAS EM QUE GOSTARIA DE COLABORAR:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ATENDIMENTO A DOENTES | <input type="checkbox"/> COORDENAÇÃO MENSAL DE GRUPO DE APOIO |
| <input type="checkbox"/> SECRETARIADO | <input type="checkbox"/> VISITAS AO DOMICÍLIO A OUTROS DOENTES |
| <input type="checkbox"/> TRADUÇÃO DE TEXTOS | |
| <input type="checkbox"/> ORGANIZAÇÃO DE ACTIVIDADES PARA SÓCIOS | |
| <input type="checkbox"/> ORGANIZAÇÃO DE CONGRESSOS / FÓRUNS / PALESTRAS / WORKSHOPS | |

APOIO EM ÁREAS ESPECÍFICAS (EX. ÁREA DA SAÚDE, CONTABILIDADE, INFORMÁTICA, APOIO JURÍDICO, ETC.)

QUAL? _____