SOS

# EMERGENCY CARD

UNIONE ITALIANA LOTTA
ALLA DISTROFIA MUSCOLARE
ODV

## Il portatore di questa carta è affetto da

## DISTROFIA MIOTONICA TIPO 1 (DM1)

### *MYOTONIC DYSTROPHY TYPE 1 (DM1)*

**Nome e cognome *(Name and surname)***

**Codice fiscale *(Tax ID code)***

**Data di nascita *(Date of birth)***

**Indirizzo *(Address)***

**Telefono *(Phone number)***



Scansiona il codice QR con il tuo telefono per visualizzare il contenuto di questa scheda in italiano.



**Speak english?**
Scan the QR code with your mobile phone to view the content of this card in English.