SOS

EMERGENCY CARD

UNIONE ITALIANA LOTTA
ALLA DISTROFIA MUSCOLARE
ODV

Il portatore di questa carta è affetto da

ATROFIA MUSCOLARE SPINALE DI TIPO 3 (SMA3)

SPINAL MUSCULAR ATROPHY TYPE 3

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.