



Associazione per la **Ricerca Scientifica**

Via A. Cavour, 9 - 90133 Palermo – Italia

C.F.: 97187000829

c/c postale: 51331064

c/c banca: 51331064 Cin/G - Cab/07601 – Abi/04600

e-mail: emmanuele.ars@hotmail.it

blog: <http://www.emmanuele.splinder.com/>

forum: <http://emmaparliamentone.splinder.com/>

SCHEMA DI ASSOCIAZIONE INDIVIDUALE

(pagina da non restituire all'Associazione)

INFORMAZIONI DI CARATTERE GENERALE

La nostra *Terapia Complementare Riducente Antidegenerativa Puccio*:

- agisce sulla causa della patologia, ristabilendo lo squilibrio elettrochimico della cellula.
- supporta le terapie tradizionali.
- riequilibra il sistema immunitario.

Occorre:

- effettuare la serie di esami da noi consigliati
- effettuare il test della chemiosensibilità
- mantenere sotto controllo il valore del LDH (superati i valori massimi la chemioterapia va interrotta)

È impensabile vivere senza sistema immunitario, soltanto il nostro organismo può distruggere ciò che ha, erroneamente, creato. Niente illusioni o false speranze. La terapia deve essere calibrata su ogni singolo soggetto, secondo lo status e la risposta del sistema immunitario. Occorre, dove possibile, effettuare l'asportazione chirurgica della massa ed effettuare una terapia chemioterapia calibrata in base all'organismo (test della chemiosensibilità) e alle sua risposta.

Rivolgetevi al vostro medico curante. Esponete la volontà di iniziare il nostro protocollo. Scaricare la relazione scientifica presente nel sito: **www.madonie.com/puccio** (2° congresso Mondiale di medicina - Rimini).

QUALSIASI TERAPIA DEVE ESSERE E EFFETTUATA, SOLTANTO, SOTTO CONTROLLO MEDICO

IMPORTANTE

COMPILARE LE SCHEDE RIPORTATE DI SEGUITO E ALLEGARVI LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA, DA INVIARE PER POSTA A:
“**ASSOCIAZIONE PER LA RICERCA SCIENTIFICA EMMANUELE**”

VIA ANDREA CESALPINO, 2 – 90128 PALERMO – ITALIA

Giovanni Puccio
- Presidente -

Rossella Puccio
- Segretaria -

SCHEDA PERSONALE

(Parte riservata all'Associazione)

Scheda n° _____ Data e luogo richiesta _____

Contributo versato pari ad € (euro) _____

Mediante: bonifico bancario altro _____

(Parte da compilare)

Io sottoscritto/a:

Nome: _____ Cognome: _____

Luogo e data di nascita _____

Età _____ Sesso F M C.F.: _____

Indirizzo: _____ n.° _____ cap.: _____

Località: _____ prov. _____ Nazione _____

Tel.: _____ fax.: _____ cell.: _____

e-mail: _____

Pagina web\blog: _____

Sono venuto\ a conoscenza vostra, mediante

Internet Giornali\riviste\tv Altro
specificare il sito _____ specificare _____ specificare _____

Indicare il tipo di patologia riscontrata _____

Accertata in data _____ presso (indicare località e struttura sanitaria)

Medico che ha compilato il referto _____

Nell'ultimo referto rilasciatomi il mio stato clinico è

Terminale Sì No Mesi previsti _____

Dichiaro di allegare copia conforme di:

- ultimo referto clinico stilato sulla mia situazione clinica
- ultimi esami clinici effettuati
- documento di identità valido

Data

Firma

INFORMAZIONI DI CARATTERE CLINICO

Io sottoscritto/a:

Nome: _____

Cognome: _____

dichiaro:

intervento chirurgico Si No

tipologia: _____

Chemioterapia Si No

n.° cicli _____ distribuiti in un arco temporale di _____

ho effettuato l'ultimo ciclo _____ il farmaco: _____

Gli effetti: _____

Ho utilizzato morfina contro i dolori Si No

Allergico a _____

Presenza di ascite Si No

Edema Si No (zone) _____

Metastasi Si No (zone) _____

Dichiaro, sotto mia responsabilità, come veritiero quanto sopra dichiarato, consento pertanto al trattamento dei suddetti dati sensibili (art.26, D.Lgs. 196/03), per i fini (statistici e di ricerca) perseguiti dall' *Associazione per la Ricerca Scientifica Emmanuele*, in favore della stessa.

Data

Firma

ANAMNESI

Io sottoscritto/a:

Nome: _____

Cognome: _____

Età: _____ **Sesso** F M

Ho utilizzato

antinfiammatori Si No per quanto tempo? _____

Antibiotici Si No per quanto tempo? _____

Cortisonici Si No per quanto tempo? _____

CONFLITTO PSICOLOGICO ("Teoria ferrea del cancro" del dott. Hamer)

Ho subito traumi tali da creare stati depressivi Si No

(perdita di un familiare, del lavoro, conflitti familiari)

(Quanto tempo prima che si manifestasse la patologia) Mesi Anni _____

Prima di accertare la malattia ho avuto:

perdita di peso Si No

Stati di stanchezza Si No

Ipossia (affaticamento respiratorio) Si No

(informazioni aggiuntive)

Dichiaro, sotto mia responsabilità, come veritiero quanto sopra dichiarato, consento pertanto al trattamento dei suddetti dati sensibili (art.26, D.Lgs. 196/03), per i fini (statistici e di ricerca) perseguiti dall' *Associazione per la Ricerca Scientifica Emmanuele*, in favore della stessa.

Data

Firma

Acconsento al trattamento dei miei dati sensibili e personali (nel pieno rispetto dei principi della direttiva art.26, D.Lgs. 196/03 per la protezione dei dati personali) a favore dell' dall' *Associazione per la Ricerca Scientifica Emmanuele*, per gli scopi scientifici perseguiti dalla stessa. Autorizzo la pubblicazione dei miei dati sensibili, finalizzati alla divulgazione dei risultati ottenuti successivamente all'applicazione del protocollo elaborato dal sig. Giovanni Puccio.

Dichiaro altresì di allegare:

- ultimi esami clinici effettuati,
- referto medico rilasciato ai fini di stabilire il mio stato di salute prima di sottopormi alla **Terapia Complementare Riducente Antidegenerativa Puccio**, elaborata dal sig. Giovanni Puccio, sotto controllo del mio medico curante,
- copia di un documento di identità valido.

Data

Firma

Dichiaro, ad ogni effetto di legge o di regolamento, ed in particolare al D.Lgs 30/06/2003 n.196, di avere attentamente e consapevolmente letto l'informativa resa dall' dall' *Associazione per la Ricerca Scientifica Emmanuele*. Dichiaro di essere a conoscenza dei fini perseguiti dalla stessa e declino, l' *Associazione per la Ricerca Scientifica Emmanuele*, ed i suoi componenti da qualsiasi responsabilità sull'errata applicazione del protocollo da parte di terzi; che il suddetto protocollo non è una "cura contro il cancro" ma è finalizzato a riequilibrare il sistema immunitario e quello elettrochimico compromesso, come dimostrato nell'Eziopatogenesi del Cancro, studio a supporto del trattamento, elaborata dal sig. Giovanni Puccio.

Data

Firma

Dichiaro di essere a conoscenza che trascorso un periodo superiore ai 30 giorni, in cui per mia volontà, non invierò gli esami clinici richiesti*(in copia conforme all'originale, con la mia firma apposta in calce) – e non manterrò i rapporti informativi con l' *Associazione per la Ricerca Scientifica Emmanuele*, essa si riterrà autorizzata ad archiviare la mia scheda.

Data

Firma

^(*)ESAMI RICHIESTI (da effettuarsi ogni 15 – 20 giorni salvo differente richiesta):

- Emocromo completo
- Funzionalità epatica: Transaminasi; Gamma gt; Fosfatasi Alcalina, Bilirubina, Elettroforesi delle sieroproteine
- Funzionalità renale: Azotemia, Glicemia, Creatinina, Elettroliti (Na – K – Cl)
- VES
- PCR
- LDH
- Ferritina
- Cortisolo (mattina)
- Sottopolazione linfocitaria
- Colinesterasi
- Fibrinogeno
- Acido Lattico Plasmatico
- Acido Folico
- Vitamina B12
- D-Roms Test – Radicali dell'ossigeno
- Gruppi tiolici plasmatici
- Barriera Antiossidante

Giovanni Puccio

- Presidente -

Rossella Puccio

- Segretaria -



Associazione per la **Ricerca Scientifica**

Via A. Cavour, 9 - 90133 Palermo – Italia
C.F.: 97187000829
c/c postale: 51331064
c/c banca: 51331064 Cin/G - Cab/07601 – Abi/04600
e-mail: emmanuele.ars@hotmail.it
blog: <http://www.emmanuele.splinder.com/>
forum: <http://emmaparliamentone.splinder.com/>

PARTE INFORMATIVA DA NON RESTITUIRE

SCOPI E STRUTTURAZIONE DELL'ASSOCIAZIONE

Scopi

La *Associazione per la Ricerca Scientifica Emmanuele* liberamente costituita come associazione culturale e scientifica, persegue i seguenti scopi:

- Promuovere la diffusione degli studi effettuati dal sig. Giovanni Puccio, le sue scoperte e la **Terapia Complementare Riducente Antidegenerativa Puccio**, elaborata dallo stesso. Promuove l'attuazione di iniziative proprie (corsi, seminari, conferenze, proprie pubblicazioni scientifiche) e favorire quelle di altri gruppi o soggetti rivolti agli stessi fini scientifici. Scopo dell'Associazione è la divulgazione di informazioni scientifiche per un corretto approccio alle varie terapie in campo medico, e ad una più esatta e completa conoscenza delle malattie degenerative e i protocolli di cura diffusi. L'Associazione declina alcuno scopo di lucro.
- Raccogliere studiosi di discipline e professioni diverse interessati allo studio delle malattie degenerative, dei protocolli presenti, degli studi effettuati.
- Sostenere e promuovere la ricerca in campo scientifico. "Curiamo la Ricerca" motto dell'Associazione per la Ricerca Scientifica Emmanuele, al fine di ristabilire quei contatti tra i cittadini e la ricerca scientifica.

Soci e/o Sostenitori

- Possono essere soci le persone e gli enti che intendano efficacemente contribuire all'attività della associazione. Le richieste di ammissione devono essere sottoscritte nel modulo. La qualifica di socio implica il pagamento di una quota sociale, che verrà determinata dallo stesso richiedente secondo le proprie volontà e disponibilità economiche
- Possono essere sostenitori tutti coloro intendano patrocinare le attività e gli scopi fissati dalla Associazione per la Ricerca Scientifica Emmanuele.

Organi Sociali

Il patrimonio è costituito dalla quota di associazione e da ogni altro contributo degli associati o di terzi, effettuato a titolo di donazione.

il *Consiglio Direttivo in carica dal 2003* è così costituito:

- Presidente: *Giovanni Puccio*
- Vicepresidente: *Francesco Nicosia*
- Segretario: *Rosalia Puccio*
- Tesoriere: *Eugenia Bruno*
- Comitato Scientifico: *dott. Francesco Sortino, dott. Santi Scola.*

- Il *Presidente* rappresenta la società a tutti gli effetti di fronte a terzi: in sua assenza è sostituito dal Vicepresidente dal Segretario. Il Vicepresidente ed il Segretario (deve essere così) hanno la delega per la firma di eventuali c/c della Associazione. Egli decide sull'ammissione e sulla radiazione dei soci, stabilisce di volta in volta la sede legale e sociale (oggi sita in Via Andrea Cesalpino, 2 – 90128 Palermo).

- Il *Segretario*:

- Promuove le attività dell'Associazione
- Svolge le mansioni informative e di pubbliche relazioni
- Svolge le mansioni di Addetto Stampa

MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLE QUOTE

Le quote associative potranno essere versate mediante **bonifico bancario o postale**

Le coordinate bancarie su cui effettuare il versamento a favore della **Associazione per la Ricerca Scientifica Emmanuele** sono:

BBAN (Coordinate bancarie nazionali):

Banca: **Banco Posta**

Cc intestato a : **Associazione per la Ricerca Scientifica Emmanuele**

ABI: **07601**

CAB: **04600**

CIN: **G**

Cc numero: **000051331064**

IBAN (Coordinate Bancarie Internazionali)

Paese: **IT**

Check: **15**

Onde evitare inconvenienti si prega di indicare correttamente:

- Nome e Cognome del socio
- Causale del versamento
- Cifra del versamento

IMPORTANTE

La **Associazione per la Ricerca Scientifica Emmanuele**, approva automaticamente la richiesta di associazione una volta ricevuto quanto sopra richiesto. Altresì chiarisce che solo il completo espletamento dei punti sopra indicati e il rispetto delle richieste per la raccolta dei dati sensibili (clinici) condurrà ad un rapporto con la suddetta Associazione. Si specifica, infatti, a tutti coloro decideranno di iniziare il **protocollo Puccio** che ogni 30 giorni dovranno pervenire presso la nostra sede gli esami clinici richiesti, con la firma apposta del socio, la scheda status corporeo paziente e le relative autorizzazioni al trattamento.

SI PREGA, DI FAR PERVENIRE I SEGUENTI DOCUMENTI TRAMITE POSTA O FAX

- Compilazione della scheda esami e scheda personale
- Copia ultimi esami clinici effettuati e certificato medico che attesti lo stato dell'ammalato
- Indicare nome, cognome e riferimento e-mail o telefonico del proprio medico curante (solo se autorizzati dallo stesso)
- Copia di un documento di identità valido
- Dichiarazione trattamento dati personali
- Fotocopia versamento quota associativa, specificando *nome e cognome* del socio, data del bonifico.

Per Info:

mail: emmanuele.ars@hotmail.it

Tel/fax: 091 321062

Alla c.a. della sig.ra **Rossella Puccio**. (*Segretario Associazione per la Ricerca Scientifica Emmanuele*)

L'*Associazione per la Ricerca Scientifica Emmanuele*, dichiara, che:

- il richiedente non dovrà nulla alla suddetta Associazione, fatto eccezione per la sola quota associativa, liberamente stabilita, secondo proprie disponibilità e volontà.
- L'attività svolta dalla suddetta Associazione è di divulgazione degli studi effettuati dal sig. Giovanni Puccio, della sua **Terapia Complementare Riducente Antidegenerativa Puccio**.
- L'attività svolta dal sig. Giovanni Puccio è di consulenza scientifica, egli non si arroga alcun titolo accademico, non esercita la professione medica, non prescrive farmaci, limitandosi alla sola divulgazione della propria terapia, intimando ai soggetti ammalati di contattare prima il proprio medico curante e consegnare il protocollo terapeutico e la relazione scientifica da egli redatta (Eziopatogenesi del Cancro)

Giovanni Puccio

- Presidente -

Rossella Puccio

- Segretaria -