

Domanda di iscrizione all'A.V.I.S. di

..... sottoscritt.....
 nat a il
 residente a CAP
 in via n°
 di professione
 occupat presso
 Tessera Sanitaria N°

CHIEDE

di essere iscritt..... all'A.V.I.S. come **SOCIO DONATORE EFFETTIVO** e dichiara di accettare le norme dello Statuto e Regolamento associativo in vigore

Per le chiamate alla donazione rende noti i seguenti recapiti:

◆ chiamate a domicilio: tel. n°

dalle ore alle ore // dalle ore alle ore

◆ chiamate sul lavoro: tel. n°

dalle ore alle ore // dalle ore alle ore

◆ altri recapiti telefonici: tel. n°

dalle ore alle ore // dalle ore alle ore

◆ mezzi di locomozione di cui dispone

Data

Firma

◆ **Informativa D. Lgs 196 del 30/06/2003**

Con l'entrata in vigore delle nuove norme a tutela della privacy è necessario che Lei sia a conoscenza del fatto che:

- il conferimento dei dati personali è indispensabile per lo svolgimento delle attività istituzionali;
- i dati da lei forniti saranno archiviati e trattati in via del tutto riservata e protetta nell'ambito dell'AVIS e delle sue strutture;
- i dati non verranno divulgati all'esterno ad eccezione delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale;
- a norma dell'Art. 13 della legge in argomento, lei potrà in qualsiasi momento far modificare o far cancellare i suoi dati; rivolgendosi alla struttura AVIS di appartenenza.

◆ **Consenso al trattamento dei dati personali**

Ai sensi di quanto previsto all'Art. 13 del D. Lgs 196 del 30/06/2003, il sottoscritto, preso atto di quanto previsto da detta Legge, dà consenso all'AVIS di trattare i propri dati personali ai fini istituzionali ed ai sensi della legge vigente.

Data Firma

A CURA DEL CENTRO TRASFUSIONALE

Gruppo

Fenotipo

Intervallo donazione

Data idoneità

Tessera AVIS n°

Note