



DOMANDA DI ISCRIZIONE

IL / LA SOTTOSCRITTO / A

M

F

Nato/a a

Prov.

il

COD. ISTAT: del comune per l'Italia o dello stato estero*

**

Codice fiscale

Indirizzo

Città

CAP

Provincia

COD. ISTAT: per la città di residenza*

**

Telefono abitazione

Cellulare

Posta elettronica

Tessera sanitaria

Medico di medicina generale

Luogo di lavoro

Telefono centralino

Telefono diretto

Punto di prelievo*

Titolo di studio

- Nessuno
 Licenza elementare
 Licenza media inferiore
 Diploma
 Laurea

Stato civile

- Celibe / Nubile
 Coniugato / a
 Separato / a
 Divorziato / a
 Vedovo / a

Preferenze per la donazione

- Lunedì
 Martedì
 Mercoledì
 Giovedì
 Venerdì
 Sabato
 Domenica

Professione

- Agricoltore
 Artigiano
 Commerciante
 Impiegato
 Insegnante
 Operaio
 Professionista
 Militare
 Religioso

Ramo di attività

- Agric., foreste, Caccia, Pesca
 Industria costruzioni
 Industria manifatturiera
 Energia, Acqua, Gas
 Commercio
 Pubblica Amministrazione
 Trasporti e comunicazione
 Credito e Assicurazioni
 Altri Servizi

Condizione non professionale

- Disoccupato
 Studente
 Casalinga
 Pensionato
 Benestante
 Invalido
 Inabile
 Altra

Iscrizione ad altre Associazioni di Volontariato

SI

NO

Se SI, quale _____

CHIEDE di essere iscritto come **SOCIO DONATORE EFFETTIVO** all'Avis Comunale di _____

e di aderire all'Avis Provinciale di _____, all'Avis Regionale _____

e all'AVIS Nazionale ai sensi e per gli effetti di cui Art. 4 comma 4 dello statuto in vigore ("L'adesione del socio all'Avis Comunale comporta l'automatica adesione del medesimo all'AVIS Nazionale, nonché all'Avis Regionale e Provinciale e equiparate") e di accettarne le sue norme.

Data

Firma

Il richiedente dichiara di aver ricevuto l'informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

* Parte riservata alla sede AVIS

** Cod. Istat dei Comuni o Stato estero, reperibili sul sito di AVIS Nazionale



Il/la sottoscritto/a

Cognome	Nome
---------	------

autorizza l'**AVIS Associazione Volontari Italiani del Sangue** al ritiro della documentazione medica cartacea e alla consegna all'Interessato o a un suo delegato previa autorizzazione dallo stesso.

Firma _____

Autorizza

Non autorizza

il personale medico Incaricato (direttore sanitario) all'invio di comunicazioni tramite posta elettronica (con protocollo sicuro "https") di documentazione relativa all'Interessato contenente eventuali dati sensibili idonei a rivelare lo stato di salute.

Firma _____

Presta il consenso

Nega il consenso

al trattamento dei propri dati personali per le finalità connesse alla gestione di immagini e filmati relativi all'Interessato e legati esclusivamente alle attività istituzionali dell'AVIS Comunale per la realizzazione di materiale informativo, divulgativo e pubblicitario (anche attraverso riviste periodiche e il sito *web* dell'AVIS Comunale) nonché per la loro pubblicazione sui *social network* (*Facebook, Twitter, etc.*).

Firma _____