

**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 .....