



Sezione di Santo Stefano Quisquina

VIA ATTARDI, N° 15

92020 S.STEFANO QUISQUINA (AG)

TELEFONO - FAX: 0922/982444

www.AvisSantoStefano.it - info@avissantostefano.it

### Domanda di iscrizione all'Avis Comunale di Santo Stefano Quisquina

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Sesso  M  F

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo residenza Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CAP

Telefono abitazione \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Posta Elettronica \_\_\_\_\_

Medico di base \_\_\_\_\_

Indica quale tipo di avviso alla donazione desideri ricevere \_\_\_\_\_

Lettera a domicilio  SMS  Posta elettronica

Riferimento per la famiglia \_\_\_\_\_

(Barrare solo se nella famiglia esistono altri soci della stessa Sede Avis - In questo caso riportare i loro nomi)

Iscritto AIDO  Si  No \_\_\_\_\_

Iscritto ADMO  Si  No \_\_\_\_\_

A quali altre associazioni di volontariato sei iscritto?

Scelta delle premiazioni statutarie AVIS Desidero riceverle  Si Non desidero riceverle  No

**Il sottoscritto chiede di essere iscritto all'AVIS come SOCIO DONATORE EFFETTIVO e dichiara di accettare le norme dello Statuto e del Regolamento associativo in vigore**

Data \_\_\_\_\_

Firma del Donatore \_\_\_\_\_

#### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto dichiara di aver visionato il materiale informativo sull'AIDS ed altre malattie infettive trasmissibili e di averne compreso completamente il significato, di rispondere in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario, essendo stato correttamente informato sul significato delle domande in esso contenute, di essere consapevole che le informazioni fornite sul proprio stato di salute e sui propri stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la propria sicurezza e per la sicurezza del ricevente il sangue donato, di avere ottenuto una spiegazione dettagliata e comprensibile sulla procedura di prelievo proposta, di essere stato posto in condizioni di fare domande ed eventualmente di rifiutare il consenso, di non aver donato nell'intervallo minimo di tempo previsto per la procedura di donazione proposta, di sottoporsi volontariamente alla donazione e che nelle 24 ore successive alla donazione non svolgerà attività o hobby rischiosi. Autorizza altresì il personale della struttura trasfusionale al trattamento dei propri dati personali e sanitari secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

Firma del Donatore