

Titolo		Cognome e Nome		M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Luogo di nascita					
Provincia		Data di nascita			
Indirizzo					
Località					
Città		Provincia	CAP		
Telefono abitazione		Cellulare			
e-mail					
Tessera sanitaria			Medico di base		
Luogo di lavoro					
Telefono centralino			Telefono diretto		
Gruppo organizzato AVIS					
Punto di prelievo preferito					

Titolo di studio <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Licenza elementare <input type="checkbox"/> Licenza media inferiore <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/> Laurea	Stato civile <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a	Preferenze per la donazione <input type="checkbox"/> Lunedì <input type="checkbox"/> Martedì <input type="checkbox"/> Mercoledì <input type="checkbox"/> Giovedì <input type="checkbox"/> Venerdì <input type="checkbox"/> Sabato <input type="checkbox"/> Domenica
Professione <input type="checkbox"/> Agricoltore <input type="checkbox"/> Artigiano <input type="checkbox"/> Commerciante <input type="checkbox"/> Impiegato <input type="checkbox"/> Insegnante <input type="checkbox"/> Operaio <input type="checkbox"/> Professionista <input type="checkbox"/> Militare <input type="checkbox"/> Religioso	Ramo d'attività <input type="checkbox"/> Agricoltura, foreste, caccia, pesca <input type="checkbox"/> Industria costruzioni <input type="checkbox"/> Industria manifatturiera <input type="checkbox"/> Energia, acqua, gas <input type="checkbox"/> Commercio <input type="checkbox"/> Pubblica amministrazione <input type="checkbox"/> Trasporti e comunicazione <input type="checkbox"/> Credito e assicurazioni <input type="checkbox"/> Altri servizi	Condizione non professionale <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Pensionato/a <input type="checkbox"/> Benestante <input type="checkbox"/> Invalido <input type="checkbox"/> Inabile <input type="checkbox"/> Altra

Riferimento per la famiglia

(Barrare solo se nella famiglia esistono altri soci nella stessa sede AVIS – In questo caso riportare i loro nomi)

Iscritto AIDO Iscritto ADMO Altre associazioni

Scelta delle premiazioni statutarie AVIS: Desidero riceverle Non desidero riceverle

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

Data _____ Firma _____

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 aver risposto 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'intervento 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