

# ASSOCIAZIONE VOLONTARI ITALIANI SANGUE

## DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO

### REGIONE LOMBARDIA

All' AVIS Comunale di  
CASTELVERDE

Il/la sottoscritto/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Stato civile  celibe/nubile  coniugato/a  altro

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Professione (barrare una sola casella)

- |  |  |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Agricoltore    | 10. <input type="checkbox"/> Disoccupato |
| 2. <input type="checkbox"/> Artigiano      | 11. <input type="checkbox"/> Studente    |
| 3. <input type="checkbox"/> Commerciante   | 12. <input type="checkbox"/> Casalinga   |
| 4. <input type="checkbox"/> Impiegato      | 13. <input type="checkbox"/> Pensionato  |
| 5. <input type="checkbox"/> Insegnante     | 14. <input type="checkbox"/> Benestante  |
| 6. <input type="checkbox"/> Operaio        | 15. <input type="checkbox"/> Invalido    |
| 7. <input type="checkbox"/> Professionista | 16. <input type="checkbox"/> Inabile     |
| 8. <input type="checkbox"/> Militare       | 17. <input type="checkbox"/> Altra       |
| 9. <input type="checkbox"/> Religioso      |  |

Titolo di studio:  licenza media  diploma professionale  maturità  laurea

Occupato presso: (denominazione della ditta e sua ubicazione) \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

Di essere iscritto all' AVIS quale Socio Donatore Periodico assicurando fin da ora di attenersi a tutte le norme associative e legislative vigenti.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma di accettazione

Il Presidente

Il Direttore Sanitario

\_\_\_\_\_

**ALLEGARE DUE FOTO TESSERA**

# ASSOCIAZIONE VOLONTARI ITALIANI SANGUE

## AVIS Comunale di Castelverde

Via Gardinali 9, 26022 Castelverde CR

Cell: 3464798416

Email: [segreteria@aviscastelverde.it](mailto:segreteria@aviscastelverde.it)

Gentile signora, Egregio Signore,

la legge 675/1996 volta a tutelare il diritto delle persone alla riservatezza (privacy) deve essere applicata anche dall'AVIS. Scopo della legge è quello di tutelare che i dati personali, di cui le AVIS sono in possesso, siano usati per scopi noti ai soci e da costoro consentiti.

Poiché questa sezione AVIS, a seguito della sua iscrizione, verrà in possesso dei suoi dati anagrafici sia di dati sanitari, dovrà garantirle che tali non saranno divulgati per scopi diversi da quelli che sono gli scopi istituzionali dell'AVIS.

Riteniamo nostro dovere renderle noti gli scopi per i quali l'AVIS procederà al trattamento dei suoi dati:

- tutela della salute dei donatori e dei riceventi
- comunicazione all'assicurazione
- comunicazione alla stampa, alle radio e televisioni in caso di benemerenze, di feste sociali o di simili manifestazioni
- comunicazione alle AVIS superiori per fini istituzionali
- comunicazione alle autorità amministrative e sanitarie, in base alle loro richieste e per la completa consecuzione dei fini associativi
- svolgimento di attività promozionali associative
- spedizione alla stampa associativa

Le chiediamo di apporre la sua firma in calce al modulo ed allegarlo alla domanda di iscrizione.

Si comunica che titolare della gestione dei dati è il **Sig. Aimo Massimo Presidente pro-tempore** della sezione e responsabile al trattamento di tali dati è il **Sig. Segalini dr. Gianluigi Direttore Sanitario pro-tempore** della nostra AVIS comunale.

Cordiali Saluti

IL PRESIDENTE  
Aimo Massimo

Castelverde li \_\_\_\_\_

### ACQUISIZIONE DEL CONSENSO PER GLI ASPIRANTI DONATORI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei propri dati personali, anagrafici ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 legge 675/1996

Consente al loro trattamento nei limiti necessari al conseguimento degli scopi associativi.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_