

Il/la sottoscritto/a....., nato/a il

IN STAMPATELLO MAIUSCOLO

a.....

residente a CAP

In via n°, tel.

Cellulare....., e-mail

C. F.

Lavoratore:

Autonomo

Dipendente

professione

occupato presso.....

tel.

Riservato al Servizio Trasfusionale

Etichetta per esami, lab. con cart_alt

Etichetta con anagrafica

CHIEDE

Di poter effettuare donazioni di sangue presso il Servizio Trasfusionale in intestazione.

Dichiara:

- Di aver preso visione dei criteri cui il Servizio Trasfusionale si attiene per il trattamento dei dati anagrafici e sanitari ai fini del rispetto delle norme che tutelano la privacy ed accettarli.
- Di impegnarsi a fornire in maniera veritiera le risposte al questionario sanitario che viene compilato ad ogni donazione.
- Di chiedere l'invio di copia degli esami effettuati alla donazione alla residenza suindicata.

Data...../...../.....

Firma

Il sottoscritto, informato della possibilità di aderire ad una Associazione di Volontariato di donatori di sangue, dichiara :

di volersi iscrivere alla Sezione di per cui autorizza il Servizio Trasfusionale a trasmettere copia della presente associazione per fini e nei limiti previsti dalla Normativa vigente e della norma sulla privacy di cui ha preso visione,

OPPURE

di voler mantenere lo status di donatore non iscritto ad associazione.

In fede,

Firma.....

Riservato al Servizio Trasfusionale

Tipizzazione gruppo-ematica _____

data della donazione _____

IDONEO

NON IDONEO