

DOMANDA DI ISCRIZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A IL _____ A _____ PROV. _____

SESSO [M] [F] NAZIONALITA' _____

RESIDENTE IN via/piazza _____ N. _____

C.A.P. _____ LOCALITA' _____ PROV. _____

SE DIVERSO, INDICARE IL DOMICILIO _____

CELL. _____ E-MAIL _____

**CON LA PRESENTE CHIEDE L'ISCRIZIONE
AL GRUPPO DONATORI DI SANGUE FRATRES DR. GINO CONTI
DI SESTO FIORENTINO**

IL RICHIEDENTE

Località e Data _____

TITOLARE E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

Ricevuta, letta e compresa l' informativa relativa all' utilizzo dei miei dati personali (di cui all' art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento Gruppo Donatori Sangue Fratres secondo le finalità riportate di seguito:

- Attività di promozione della donazione
- Attività di volontariato

FINALITÀ BASATE SUL CONSENSO

Preso atto del mio diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento, consento al trattamento dei miei dati personali da parte dei Titolari, per le finalità sotto riportate (art. 7 Regolamento 2016/679).

Finalità: Attività di volontariato

In relazione al trattamento dei miei dati personali, relativamente alla suddetta finalità:

CONSENSO

NON CONSENSO

Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze diniego domanda di iscrizione sono le seguenti:

Finalità: Attività di promozione della donazione

In relazione al trattamento dei miei dati personali, relativamente alla suddetta finalità:

CONSENSO

NON CONSENSO

Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze diniego partecipazione attività di donazione sono le seguenti:

Località e Data

Firma dell' Interessato

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto/a _____ Luogo e Data di nascita _____

