

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. _____

DOMICILIO(SE DIVERSO) via/piazza _____ N. _____

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

TEL. _____ E-MAIL _____

CODICE FISCALE (Facoltativo) _____

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

IL RICHIEDENTE (Firma)

Località e Data _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto/a _____ Luogo e Data di nascita _____

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 volontariato
- Attività di promozione della donazione

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 (acconsenti ad essere contattato per comunicazioni associative)

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

CONSENTO

NON CONSENTO

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

Finalità: Attività di promozione della donazione (acconsenti ad essere contattato per comunicazioni sulla donazione del sangue)

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

CONSENTO

NON CONSENTO

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

Località e Data

Firma dell'Interessato
