

DIPARTIMENTO DI MEDICINA TRASFUSIONALE DI AREA VASTA

Direttore dott. Andrea Bontadini

Cod. MO 01 RA Rev. 4 Data: 12/09/2018



Scheda Iscrizione o Modifica Dati Associazione

	re il punto prelievo di pre denone; [] Spilimbergo; []		; [] Sacìle; [] CR	RO.	
	re la casella corrisponder uovo donatore; [] Varia		Cambio Assoc	iazione [,] in tal ca	aso specificare
	ciazione di provenienza o s	-			too opoomouro
			(Nome)		
	Nato/a il	a			
	Residente a				
	Via		n° CAP		
	Codice fiscale				
	Tel. Fisso cell	ulare N'	° Tessera sanita	ria	
	email	A	ltezza cm	Peso Kg	
	[] Lavoratore Dipendente	; [] Lavoratore Autono			
del ♥ di in ad d	ver preso visione dei criter rispetto delle norme che tut npegnarsi a fornire in man ogni donazione; niedere rinvio di copia degli	telano la privacy e di acc iera veritiera le risposte	er il trattamento dettarli; ai questionario s	sanitario che viene	
Data _				l	
Il sottoscritto, informato della possibilità di aderire ad un'associazione di volontariato di donatori di sangue, [X] dichiara di volersi iscrivere a: [X] AVIS [] AFDS [] CRI [] GADS [] ALTRO: sezione di					trasmettere ente e dalle materia di e a detta sonali nella icazione e