ASPIRANTE DONATORE e ASPIRANTE DONATORE EXTRA CE

____ sottoscritt___ _____ _____ sesso M F
(cognome) (nome)

nat__ a _____ Prov. _____ il ____/____/_____ nazionalità _____

residente a _____ Via _____ n. ____ CAP _____

Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____

DA COMPILARE SOLO SE ASPIRANTE DONATORE STRANIERO

Dove ha vissuto per i primi 6 MESI della sua vita? _____

Da quanto tempo risiede in Italia? _____

Vive con la sua famiglia? ☐ si ☐ no Quante persone vivono con lei? _____

In quale mese ed anno ha fatto rientro per l'ultima volta nel suo paese d'origine? _____

Stato civile ☐ celibe/nubile ☐ coniugato/a ☐ altro

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

(alla data della domanda)

1- agricoltore
2- artigiano
3- commerciante
4- impiegato
5- insegnante
6- operaio
7- professionista
8- militare
9- religioso
10- imprenditore/dirigente
11- disoccupato
12- studente
13- casalinga
14- pensionato
15- invalido
16- altro _____
17- altro _____
18- altro _____

Per le voci 11 e 14 indicare il numero relativo alla professione esercitata precedentemente: _____

TITOLO DI STUDIO

1- licenza elementare
2- maturità/diploma
3- licenza media
4- laurea
5- diploma professionale

attualmente occupato presso _____ Comune _____
(ragione sociale)

Via _____ n. ___ CAP _____ Tel. ____/_____ Fax ___/_____

OBBLIGATORIO: DOCUMENTO D'IDENTITA'(con foto) n._____

1- carta d'identità
3- patente auto
5- passaporto

CHIEDE

Di essere iscritto all'AVIS quale Socio donatore periodico, assicurando fin d'ora di attenersi a tutte le norme associative e legislative vigenti.

_____ _____
(data) (firma)

ACCETTAZIONE ALLA DOMANDA

Il/La richiedente è stato dichiarato idoneo alla donazione in data _____ e viene iscritto nel Registro Soci Delibera Consiglio Direttivo del _____ .

Il PRESIDENTE

_____

Informativa e consenso ex art. 13 D.lgs. 196/2003

Ai sensi del "Codice in materia di protezione dei dati personali", La informiamo che i Suoi dati personali, anche sensibili, saranno utilizzati esclusivamente per finalità sanitarie volte alla valutazione dell'idoneità alla donazione di sangue ed emocomponenti, alla tutela della salute del donatore, alla Vostra reperibilità, alla conservazione dei dati clinici ai sensi di legge, per l'invio di materiale dell'Associazione e per l'adempimento degli obblighi di legge.
Il servizio trasfusionale ed il laboratorio di analisi dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di riferimento convenzionata con l'Associazione eseguiranno sui suoi campioni di sangue i test prescritti dalla legge, inclusi i test per HIV, o altri test per la sicurezza della donazione di sangue introdotti in rapporto a specifiche esigenze o a specifiche situazioni epidemiologiche.
Verrà informato dal personale medico di Avis Provinciale Bergamo in caso di riscontro di alterazione degli esami effettuati per legge.
Ove i suoi dati saranno utilizzati per studi e ricerche finalizzate alla tutela della sua salute, di terzi o della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, anche in relazione all'eventuale trasferimento del materiale donato e dei relativi dati ad altre strutture sanitarie, enti o istituzioni di ricerca, Le verrà fornita specifica informativa per l'acquisizione del relativo consenso al trattamento dei dati.
L'indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, recapiti telefonici è necessaria per la Sua rintracciabilità. L'indirizzo e mail è facoltativo e può essere utilizzato per ricontattarla o inviarle altre comunicazioni riguardanti la donazione.
Il trattamento dei dati sarà svolto in forma cartacea o elettronica, con adozione delle misure di sicurezza previste dalla legge.
I suoi dati personali non saranno diffusi.
I suoi dati saranno comunicati esclusivamente nei casi e nei modi indicati dalla legge e dai regolamenti ai soggetti previsti, in particolare, in attuazione della normativa sulle malattie infettive trasmissibili.
Lei può in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del Codice (accesso, integrazione, opposizione per motivi legittimi) rivolgendosi all'AVIS COMUNALE di riferimento cui, con la presente, intende iscriversi.
Si informa che il decreto N. 69 del Ministero Della Salute del 2 novembre 2015 all'art. 5 prevede che la sua cartella sanitaria sia conservata obbligatoriamente per trenta anni, periodo per il quale dei suoi dati sanitari non potrà essere richiesta la distruzione o la cancellazione.
Il mancato consenso al trattamento dei suoi dati comporterà l'esclusione dalla donazione di sangue ed emocomponenti.
Il Titolare del trattamento è L'AVIS COMUNALE di……. nella persona del suo Presidente Pro - Tempore che incarica, per consentire l'espletamento della sua futura attività donazionale e di comunicazione sanitaria ed associativa inerenti la stessa attività, l'AVIS PROVINCIALE DI BERGAMO.
Il Responsabile del Trattamento è stato nominato il Direttore Sanitario pro tempore della medesima AVIS Comunale.

Io sottoscritto/a _____
Acquisite le informazioni relative al trattamento dei dati personali e sensibili:

☐ ACCONSENTO ☐ NON ACCONSENTO

al trattamento dei miei dati personali e sensibili.

Data _____ Firma del donatore_____

<u>Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:</u>

Cognome /nome……qualifica……

Data……Firma……