



DOMANDA DI ISCRIZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Nato/a a	Prov.	il	
COD. ISTAT: del comune per l'Italia o dello stato estero*	<input type="text"/>		**
Codice fiscale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indirizzo			
Città	CAP	<input type="text"/>	Provincia
COD. ISTAT: per la città di residenza*	<input type="text"/>	**	
Telefono abitazione	Cellulare		
Posta elettronica			
Tessera sanitaria	Medico di medicina generale		
Luogo di lavoro			
Telefono centralino	Telefono diretto		
Punto di prelievo*			

INFORMAZIONI FACOLTATIVE

Titolo di studio

- Nessuno
- Licenza elementare
- Licenza media inferiore
- Diploma
- Laurea

Stato civile

- Celibe/Nubile
- Coniugato/a
- Separato/a
- Divorziato/a
- Vedovo/a

Preferenze per la donazione

- Lunedì
- Martedì
- Mercoledì
- Giovedì
- Venerdì
- Sabato
- Domenica

Professione

- Agricoltore
- Artigiano
- Commerciante
- Impiegato
- Insegnante
- Operaio
- Professionista
- Militare
- Religioso

Ramo di attività

- Agric., foreste, Caccia, Pesca
- Industria costruzioni
- Industria manifatturiera
- Energia, Acqua, Gas
- Commercio
- Pubblica Amministrazione
- Trasporti e comunicazione
- Credito e Assicurazioni
- Altri Servizi

Condizione non professionale

- Disoccupato
- Studente
- Casalinga
- Pensionato
- Benestante
- Invalide
- Inabile
- Altra

Iscrizione ad altre Associazioni di Volontariato SI NO Se SI, quale _____

CHIEDE di essere iscritto come SOCIO DONATORE/SOCIO NON DONATORE all'Avis Comunale di _____ e di aderire all'Avis Provinciale di Brescia, all'Avis Regionale Lombardia e all'AVIS Nazionale ai sensi e per gli effetti di cui Art. 4 comma 4 dello statuto in vigore ("L'adesione del socio all'Avis Comunale comporta l'automatica adesione del medesimo all'AVIS Nazionale, nonché all'Avis Regionale e Provinciale e equiparate") e di accettarne le sue norme.

Il richiedente dichiara di aver ricevuto l'informativa ai sensi del Regolamento sulla protezione dei dati personali dell'Unione Europea 679/2016.

Data _____ Firma _____

* Parte riservata alla sede AVIS

** Cod. Istat dei Comuni o Stato estero, reperibili sul sito di AVIS Nazionale



Richiesta del consenso per l'utilizzo di dati personali dell'interessato ai sensi del Regolamento sulla protezione dei dati personali dell'Unione Europea 679/2016

Il/la sottoscritto/a (*cognome e nome*)

presta il consenso

nega il consenso

all'utilizzo dei propri dati personali per fini storico-statistici (informazioni facoltative come il titolo di studio, preferenze per la donazione, professione, condizione non professionale, iscrizione ad altre associazioni di volontariato).

presta il consenso

nega il consenso

affinché l'associazione (direttore sanitario) possa inviare copia dei referti medici contenenti dati idonei a rivelare lo stato di salute che mi riguardano all'indirizzo di posta elettronica da me precedentemente indicato all'associazione.

presta il consenso

nega il consenso

ad essere fotografato, filmato (compresa la registrazione del suono della voce) in occasione di eventi associativi istituzionali, al fine di realizzare materiale cartaceo e digitale di natura promozionale e pubblicitaria legato esclusivamente all'attività istituzionale dell'associazione (promuovere lo sviluppo del volontariato, dell'associazionismo e favorire la donazione volontaria). Tale materiale sarà pubblicabile anche sul sito Internet e sui profili ufficiali attivati nelle varie piattaforme digitali di condivisione di contenuti (social network come Facebook, Twitter, Instagram, Youtube, etc.) di cui l'associazione è amministratore.

Luogo e data _____

Firma _____