

RISERVATO FIDAS POLESANA

DATA PRIMA DONAZIONE _____

Riferimento manifestazione _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ Codice fiscale _____

residente in _____ via _____ CAP _____

Nazionalità _____ Professione _____ Tel. lavoro _____

Tel. casa _____ Tel. cell. _____ E-mail _____

Grado di scolarità: Licenza scuola media

Diploma di laurea

Diploma di maturità

Altro _____

CHIEDE

di essere iscritto alla **FIDAS POLESANA ASSOCIAZIONE DONATORI SANGUE ODV**

Pratici sport?  Se sì, quale? _____

In quale giorno preferisci essere convocato per la donazione? _____

Sei disponibile per eventuali donazioni di domenica? _____

Come hai conosciuto la Fidas Polesana? _____

Data _____ Firma _____

FIRMARE IL CONSENSO SUL RETRO



CONSENSO

L'informativa completa è disponibile sul sito www.fidaspolesana.it

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

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

Invio di materiale informativo e/o pubblicitario anche mediante telefono o internet

CONSENTO

NON CONSENTO

Località e Data _____

Firma _____

*Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti:
Impossibilità di ricevere informative o pubblicità dell'Associazione*

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

Promozione dell'attività dell'Associazione tramite la pubblicazione delle immagini sui social network (es. facebook)

CONSENTO

NON CONSENTO

Località e Data _____

Firma _____

*Sono o conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti:
Impossibilità di pubblicare le foto sui social network*

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

Raccolta dei Dati per la compilazione della "scheda personale Donazioni"

CONSENTO

NON CONSENTO

Località e Data _____

Firma _____

*Sono o conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti:
Impossibilità di essere iscritto all'Associazione*