

DOMANDA ISCRIZIONE AL GRUPPO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A IL _____ A _____ PROV. _____

SESSO [M] [F] NAZIONALITA' _____

RESIDENTE IN _____ N. _____ C.A.P. _____

LOCALITA' _____ PROV. _____

C.F. _____ TEL. _____

CELL. _____ E-MAIL _____

**CON LA PRESENTE CHIEDE L'ISCRIZIONE
AL GRUPPO DONATORI DI SANGUE FRATRES**

IL RICHIEDENTE

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 promozione della donazione
- Attività di volontariato

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

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

CONSENTO

NON CONSENTO

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

Località e Data _____

Firma dell'Interessato

Finalità: Attività di promozione della donazione

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

CONSENTO

NON CONSENTO

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

Località e Data _____

Firma dell'Interessato
