

Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto
Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale
Provincia di Vicenza

MO DINT

01

Consenso all'iscrizione-rimborso spese viaggio

Rev 5
12/7/2021

ED.1

**CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ED EVENTUALE ISCRIZIONE
ALL'ASSOCIAZIONE DONATORI DI SANGUE**

(Dollibera Regionale 1577 del 29 aprile 1997)

Io sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____
nato a _____ il _____ sesso ☐ M ☐ F
residente a _____ in via _____ n° _____
tel. _____ cell. _____ e-mail _____
C.F. _____

DICHIARO

Di essere stato informato da:

☒ Associazione Donatori Sangue ☐ Servizio Trasfusionale ☐ Altro

dell'esistenza delle Associazioni Donatori di Sangue nella Provincia, dello scopo delle Associazioni Donatori di Sangue, del significato di essere iscritto ad una Associazione, della possibilità di non iscriversi ad una Associazione Donatori di Sangue.

A seguito di ciò:

☒ **ACCONSENTO e CHIEDO**

l'iscrizione ad una delle Associazioni Donatori di Sangue presenti localmente e convenzionate con il S.S.N. in virtù della D.G.R.V. 3223/2008, indicando quella da me scelta tra quelle sottoelencate. Autorizzo la Struttura Trasfusionale alla trasmissione dei miei dati personali all'Associazione sottoindicata ed al trattamento degli stessi dati per gli scopi istituzionali nei termini e per le finalità previste dal D.lgs. 196/2003 ("Codice della Privacy"). Autorizzo altresì l'Associazione sottoindicata alla trasmissione di eventuali aggiornamenti dei miei dati personali alla Struttura Trasfusionale ed al trattamento degli stessi dati per gli scopi istituzionali nei termini e per le finalità previste dal D.lgs. 196/2003 ("Codice della Privacy").

☐ FIDAS Gruppo _____ ☐ Cav. P. Trevisan (Montecchio Maggiore) _____
☐ AVIS Sezione _____ ☐ A.DO.SAL.VI. Sezione _____
☒ RDS Montegrappa (Bassano) Gruppo ☒ _____

☐ **NON ACCONSENTO ALL'ISCRIZIONE AD UNA ASSOCIAZIONE**

Riservato ai Donatori NON ASSOCIATI

☐ **AUTORIZZO**

☐ **NON AUTORIZZO**

La Struttura Trasfusionale al trattamento dei miei dati personali per gli scopi istituzionali, nei termini e per le finalità previste dal D.lgs. 196/2003 ("Codice della Privacy").

☒ Data _____

☒ Firma _____

Riservato all'Associazione

Data iscrizione _____ Tessera N° _____ ULSS N° _____ Gruppo/Sezione _____

Riservato al Servizio Trasfusionale

IDONEITÀ ALLA DONAZIONE

Gruppo Sanguigno _____

Fenotipo _____

Sistema Kell _____

SI ☐ NO ☐

Data _____ Firma _____

DATA DONAZIONE EFFETTUATA

Data _____