

✎ SCRIVERE IN STAMPATELLO ✎

## DATI ANAGRAFICI

COGNOME

NOME

SESSO M F

DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA

CODICE FISCALE

## DOMICILIO

INDIRIZZO

CAP

CITTÀ

PROV.

## RECAPITI

CELLULARE

ALTRO TEL.

E-MAIL

## QUESTIONARIO A FINI STATISTICI

ATTRAVERSO QUALE CANALE SEI VENUTO A CONOSCENZA DELLA DONAZIONE DI MIDOLLO OSSEO/CSE?

☐ SCUOLA/UNIVERSITÀ☐ SOCIAL MEDIA☐ BANCHETTO☐ TV/GIORNALI☐ GRUPPI SPORTIVI☐ CONOSCENTI☐ PERSONA MALATA☐ ALTRO \_\_\_\_\_

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI

Presa visione dell'informativa allegata, che dichiaro di aver letto e compreso (*attenzione: il richiedente è tenuto a leggere l'informativa **prima di firmare** il consenso al trattamento dei dati personali*),

☐ **ACCONSENTO**☐ **NON ACCONSENTO**

al trattamento dei miei dati personali da parte di ADMO per le finalità di cui ai punti da **3.1** a **3.9**.

**NB:** il consenso al trattamento dei dati per tali finalità è **obbligatorio**. In mancanza ADMO non potrà accettare la richiesta d'iscrizione.

☐ **ACCONSENTO**☐ **NON ACCONSENTO**

alla realizzazione nel sito web associativo o sui social network, di materiale audiovisivo con immagini, video o materiale multimediale che mi ritraggono e acquisiti con il mio consenso, per le finalità di cui al punto **3.10**, esclusivamente per attività di promozione degli scopi statutari di ADMO. **NB:** il consenso è **facoltativo**.

EVENTO / OSPEDALE:

DATA:

FIRMA:

