

✍ 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 STATISTICHI

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

Preso 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: