

✍ 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: