



MODULO DATI ANAGRAFICI CANDIDATO DONATORE

Gentile Donatore/Donatrice,

Grazie per aver scelto di donare il sangue da noi. Ti chiediamo di **COMPILARE IN STAMPATELLO** questo modulo (fronte e retro), inserendo data e firme; i dati raccolti saranno trattati secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

I tuoi dati:

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Cod. Fiscale _____

Luogo di nascita _____ Prov. _____

Nazionalità _____ Sesso alla nascita M F

Residenza o domicilio (via/piazza/viale)

_____ N° _____

Città _____ Cap _____ Prov. _____

Cellulare _____ e-mail
_____@_____

Altro numero di telefono (casa/lavoro) _____

Come ti sei avvicinato alla donazione?

01S	<input type="checkbox"/>	Sensibilizzazione Scuole Superiori
02U	<input type="checkbox"/>	Sensibilizzazione Università
03FA	<input type="checkbox"/>	Sensibilizzazione Forze Armate, Forze di Polizia
04AZ	<input type="checkbox"/>	Sensibilizzazione Aziende
05ID	<input type="checkbox"/>	Arrivato INSIEME ad altro donatore
06DS	<input type="checkbox"/>	Arrivato DA SOLO grazie ad altro donatore
07P	<input type="checkbox"/>	ALTRO passaparola (Social, Web, ecc)
08FB	<input type="checkbox"/>	Filipino Blood Donors

(continua sul retro)





Scolarità: Licenza media inferiore Licenza media superiore Laurea Triennale Laurea Magistrale Altro

Condizione professionale: Occupato Non occupato Studente

Professione:

<input type="checkbox"/> Agente commerciale	<input type="checkbox"/> Geometra	<input type="checkbox"/> Tecnico di laboratorio
<input type="checkbox"/> Architetto	<input type="checkbox"/> Giornalista	<input type="checkbox"/> Veterinario
<input type="checkbox"/> Artista	<input type="checkbox"/> Guardia di Finanza	<input type="checkbox"/> Vigili del Fuoco
<input type="checkbox"/> Assistente sociale	<input type="checkbox"/> Idraulico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autista	<input type="checkbox"/> Impiegato	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Avvocato	<input type="checkbox"/> Imprenditore	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)
<input type="checkbox"/> Biologo	<input type="checkbox"/> Infermiere	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cameriere	<input type="checkbox"/> Informatico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Carabinieri	<input type="checkbox"/> Ingegnere	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Collaboratrice familiare	<input type="checkbox"/> Insegnante	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Commercialista	<input type="checkbox"/> Magistrato	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Commerciante	<input type="checkbox"/> Meccanico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Commesso	<input type="checkbox"/> Medico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Direttore di banca	<input type="checkbox"/> Muratore	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Docente universitario	<input type="checkbox"/> Odontotecnico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Elettricista	<input type="checkbox"/> Operaio	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Esercito	<input type="checkbox"/> Operatore socio sanitario	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fabbro	<input type="checkbox"/> Panettiere	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Falegname	<input type="checkbox"/> Parrucchiere/estetista	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Farmacista	<input type="checkbox"/> Polizia/ Polizia locale	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fotografo	<input type="checkbox"/> Psicologo	<input type="checkbox"/>

Milano, ____/____/____

Firma _____

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'art. 13 GDPR 679/16 autorizzo *Associazione Amici del Policlinico – Donatori di Sangue ODV* al trattamento dei dati personali per lo svolgimento delle attività istituzionali.

Milano, ____/____/____

Firma _____

