



Gentile Donatore/Donatrice,

Per inviarLe i risultati degli esami, per riconvocarla in futuro per ulteriori donazioni, per tenerla informata e per effettuare indagini statistiche utili all'Associazione, abbiamo bisogno di conoscere alcuni dati relativi alla Sua persona: i dati raccolti saranno utilizzati secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

Le chiediamo perciò di **COMPILARE IN STAMPATELLO** questo modulo (fronte e retro) e la ringraziamo per l'attenzione e il tempo che ci vorrà dedicare.

**Dati anagrafici:**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Sesso  M  F      Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Nazionalità \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_      Prov. \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

Stato civile     coniugato     separato     libero di stato     non coniugato     vedovo

**Abitazione:**

Indirizzo (via/piazza/viale) \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_      Cap \_\_\_\_\_      Prov. \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_      Altro telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**Scolarità:**     licenza elementare     licenza media inferiore     licenza media superiore  
 diploma di laurea     laurea

**Professione**     lavoratore autonomo     lavoratore dipendente

**Condizione non professionale**     casalinga     disoccupato     pensionato     studente\*

\* **Indicare Istituto** \_\_\_\_\_

(continua sul retro)



<input type="checkbox"/> Agente commerciale	<input type="checkbox"/> Esercito	<input type="checkbox"/> Medico Medicina Generale (MMG)
<input type="checkbox"/> Architetto	<input type="checkbox"/> Fabbro	<input type="checkbox"/> Medico ospedaliero/specialista Specialità ed Ente: _____
<input type="checkbox"/> Artigiano	<input type="checkbox"/> Falegname	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Artista	<input type="checkbox"/> Farmacista	<input type="checkbox"/> Muratore
<input type="checkbox"/> Assistente sociale	<input type="checkbox"/> Fotografo	<input type="checkbox"/> Negoziante/esercente Articolo: _____
<input type="checkbox"/> Autista	<input type="checkbox"/> Geometra	<input type="checkbox"/> Odontotecnico
<input type="checkbox"/> Autoferrotranviere	<input type="checkbox"/> Giornalista Testata: _____	<input type="checkbox"/> Operaio
<input type="checkbox"/> Avvocato	<input type="checkbox"/> Giurista	<input type="checkbox"/> Operatore call-center
<input type="checkbox"/> Barman	<input type="checkbox"/> Guardia di Finanza	<input type="checkbox"/> Operatore socio sanitario
<input type="checkbox"/> Biologo	<input type="checkbox"/> Guardia giurata	<input type="checkbox"/> Panettiere
<input type="checkbox"/> Cameriere	<input type="checkbox"/> Idraulico	<input type="checkbox"/> Parrucchiere/estetista
<input type="checkbox"/> Carabinieri	<input type="checkbox"/> Impiegato	<input type="checkbox"/> Pensionato
<input type="checkbox"/> Collaboratrice familiare	<input type="checkbox"/> Imprenditore	<input type="checkbox"/> Polizia/ Polizia locale
<input type="checkbox"/> Commercialista	<input type="checkbox"/> Infermiere	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Commerciante Settore: _____	<input type="checkbox"/> Informatico	<input type="checkbox"/> Portiere
<input type="checkbox"/> Commesso	<input type="checkbox"/> Ingegnere	<input type="checkbox"/> Psicologo
<input type="checkbox"/> Consulente	<input type="checkbox"/> Insegnante media sup. (indicare istituto)*	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Corriere	<input type="checkbox"/> Insegnante scuola elementare	<input type="checkbox"/> Tecnico di laboratorio
<input type="checkbox"/> Dipendente linee aeree	<input type="checkbox"/> Insegnante scuola media	<input type="checkbox"/> Veterinario
<input type="checkbox"/> Direttore di banca	<input type="checkbox"/> Interprete traduttore	<input type="checkbox"/> Vigili del Fuoco
<input type="checkbox"/> Docente universitario*	<input type="checkbox"/> Magistrato	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Elettricista	<input type="checkbox"/> Meccanico	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)*

\*Descrizione Istituto/Ateneo: \_\_\_\_\_

**Modalità di reclutamento:** segnare la casella corrispondente alla modalità di reclutamento; ove richiesto, specificare la provenienza nel campo "Descrizione provenienza" previsto in fondo alla tabella.

<input type="checkbox"/> Comunità etniche (specificare)* (S)	<input type="checkbox"/> Inviato da capogruppo (B)	<input type="checkbox"/> Università (indicare ateneo)*
<input type="checkbox"/> Decisione personale (A)	<input type="checkbox"/> Inviato da collega (COLL)	<input type="checkbox"/> Univ. Statale (U)
<input type="checkbox"/> Facebook (FAC)	<input type="checkbox"/> Inviato da familiare (FMG)	<input type="checkbox"/> Univ. Cattolica (V)
<input type="checkbox"/> Filipino Blood Donors (FBD)	<input type="checkbox"/> Per paziente (4)	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Instagram (INS)	<input type="checkbox"/> Pubblicità (P)	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Inviato da altro donatore (specificare)* (3)	<input type="checkbox"/> Scuola superiore (indicare istituto)* (H)	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Inviato da altro studente (indicare istituto o ateneo)*	<input type="checkbox"/> Sito web (indicare sito)* (WEB)	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)*

\*Descrizione provenienza: \_\_\_\_\_

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

Milano, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

