Dipartimento Area dei Servizi
SC Medicina Trasfusionale

MODULO DATI ANAGRAFICI CANDIDATO DONATORE

Gentile Donatrice/Donatore,
grazie per aver scelto di donare il sangue da noi. Ti chiediamo di **COMPILARE IN STAMPATELLO** questo modulo, inserendo data e firme; i dati raccolti saranno trattati secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

DATI DEL DICHIARANTE

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I Sesso alla nascita I__I

Nata/o a _____ prov. I__I__I Stato _____

Il I__I__I/I__I__I/I__I__I__I__I Cittadinanza _____

Residente a _____ prov. I__I__I Stato _____

Indirizzo _____ n. _____ CAP I__I__I__I__I__I

Telefono _____ e-mail _____

Scolarità I__I Media Inferiore I__I Media Superiore I__I Laurea Triennale I__I Laurea Magistrale I__I Altro

Condizione professionale I__I Occupato I__I Non occupato I__I Studente I__I Pensionato

Professione _____

ASSOCIATIVA

I__I Associazione Amici del Policlinico

I__I CRI Sezione di _____

COME TI SEI AVVICINATO ALLA DONAZIONE

I__I Sensibilizzazione Scuole Superiori (01S)

I__I Sensibilizzazione Università (02U)

I__I Sensibilizzazione Forze Armate, Forze di Polizia (03FA)

I__I Sensibilizzazione aziende (04AZ)

I__I Arrivato insieme ad altro donatore (05ID)

I__I Arrivato grazie ad altro donatore (06DS)

I__I Altro (passaparola, social, …) (07P)

I__I Filipino Blood Donors (08FB)

Milano, I__I__I/I__I__I/I__I__I__I__I

Firma _____