

|   |      |
|---|------|
| Cognome e Nome : <input style="width: 450px; height: 25px;" type="text"/><br>Luogo di Nascita : _____ Prov. : _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F<br>Data di Nascita : _____  | Foto |
| Indirizzo : _____<br>Località : _____<br>Città : _____ Prov. : _____ CAP : <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/><br>Telefono abitaz. : _____ Cellulare : _____<br>Posta Elettronica : _____<br>Tessera Sanitaria : _____ Medico di base : _____ |      |
| Luogo di Lavoro : _____<br>Telefono centralino: _____ Telefono diretto : _____<br>Gruppo organizzato AVIS : _____<br>Punto di prelievo : _____  |      |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p style="text-align: center;"><b><u>Titolo di Studio</u></b></p> <input type="checkbox"/> Nessuno<br><input type="checkbox"/> Licenza Elementare<br><input type="checkbox"/> Licenza Media Inferiore<br><input type="checkbox"/> Diploma<br><input type="checkbox"/> Laurea  | <p style="text-align: center;"><b><u>Stato Civile</u></b></p> <input type="checkbox"/> Celibe / Nubile<br><input type="checkbox"/> Coniugato / a<br><input type="checkbox"/> Separato / a<br><input type="checkbox"/> Divorziato / a<br><input type="checkbox"/> Vedovo / a   | <p style="text-align: center;"><b><u>Preferenze per la donazione</u></b></p> <input type="checkbox"/> Lunedì<br><input type="checkbox"/> Martedì<br><input type="checkbox"/> Mercoledì <input type="checkbox"/> Venerdì<br><input type="checkbox"/> Giovedì <input type="checkbox"/> Sabato<br><input type="checkbox"/> Venerdì <input type="checkbox"/> Domenica                      |
| <p style="text-align: center;"><b><u>Professione</u></b></p> <input type="checkbox"/> Agricoltore<br><input type="checkbox"/> Artigiano<br><input type="checkbox"/> Commerciante<br><input type="checkbox"/> Impiegato<br><input type="checkbox"/> Insegnante<br><input type="checkbox"/> Operaio<br><input type="checkbox"/> Professionista<br><input type="checkbox"/> Militare<br><input type="checkbox"/> Religioso | <p style="text-align: center;"><b><u>Ramo di attività</u></b></p> <input type="checkbox"/> Agric., foreste, caccia, pesca<br><input type="checkbox"/> Industria costruzioni<br><input type="checkbox"/> Industria manifatturiera<br><input type="checkbox"/> Energia, Acqua, Gas<br><input type="checkbox"/> Commercio<br><input type="checkbox"/> Pubblica Amministrazione<br><input type="checkbox"/> Trasporti e Comunicazione<br><input type="checkbox"/> Credito e Assicurazioni<br><input type="checkbox"/> Altri servizi | <p style="text-align: center;"><b><u>Condizione non professionale</u></b></p> <input type="checkbox"/> Disoccupato<br><input type="checkbox"/> Studente<br><input type="checkbox"/> Casalinga<br><input type="checkbox"/> Pensionato<br><input type="checkbox"/> Benestante<br><input type="checkbox"/> Invalido<br><input type="checkbox"/> Inabile<br><input type="checkbox"/> Altra |

|   |           |           |
|---|-----------|-----------|
| Riferimento per la famiglia (barrare SI solo se il richiedente è capofamiglia di altri Soci della stessa Sede Avis) | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|---|-----------|-----------|

Altre associazioni :

|  |                              |                                  |
|--|------------------------------|----------------------------------|
| Scelta delle premiazioni statutarie AVIS | Desidero riceverle <b>SI</b> | Non desidero riceverle <b>NO</b> |
|--|------------------------------|----------------------------------|

Il richiedente chiede di essere iscritto all'Avis come **SOCIO DONATORE EFFETTIVO** e dichiara di accettare le norme dello Statuto e del Regolamento associativo in vigore e di aver letto e ricevuto l'informativa riportata nel retro e firmato il consenso al trattamento dei dati personali neutri e sensibili.

|                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| <b>Data :</b> _____ | <b>Firma :</b> _____ |
|---------------------|----------------------|

MODULO PER L'ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI  
**DATI PERSONALI NEUTRI**

di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dopo aver ricevuto, letto e compreso, l'informativa sull'utilizzazione dei propri dati personali, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 **C O N S E N T E** al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari e così come specificato nell'informativa dell'*Avis Comunale di Lentini*, acconsentendo, in particolare, alla comunicazione di tali dati, come indicato al **punto 1** dell'informativa.

Lentini, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MODULO PER L'ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI  
**DATI PERSONALI SENSIBILI**

di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dopo aver ricevuto, letto e compreso, l'informativa sull'utilizzazione dei propri dati personali, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 **C O N S E N T E** al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari e così come specificato nell'informativa dell'*Avis Comunale di Lentini*, acconsentendo, in particolare, alla comunicazione di tali dati, come indicato al **punto 2** dell'informativa.

Lentini, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_