

AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA  
SERVIZIO IMMUNO TRASFUSIONALE  
Responsabile: Dott.ssa Giustina De Silvestro

CENTRO RACCOLTA SANGUE OSPEDALE DEI COLLI  
Responsabile: Dott. Alberto Marotti  
Tel. 049/8216051 – Fax. 049/8216050

## Consenso all'iscrizione ad una Associazione

Cognome .....

Nome .....

Data di nascita .....

Legge 107/90: "le associazioni dei donatori volontari di sangue e le relative federazioni concorrono ai fini istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale concernenti la promozione e lo sviluppo della donazione di sangue e tutela dei donatori".

Desidero iscrivermi ad una Associazione di donatori di sangue afferenti all'Azienda Ospedaliera di Padova:

A.D.V.S. ASSOCIAZIONE DONATORI VOLONTARI SANGUE ( )

A.O. AMICI DELL'OSPEDALE ( )

A.V.I.S. ASSOCIAZIONE VOLONTARI ITALIANI SANGUE ( )

C.R. CROCE ROSSA ( )

C.V. CROCE VERDE ( )

**FIDAS PD GRUPPO PADOVANO DONATORI SANGUE ( )**

Autorizzo il Servizio Immunotrasfusionale a trasmettere all'Associazione scelta i miei dati anagrafici per essere successivamente contattato per l'adesione. SI ( ) NO ( )

Non desidero associarmi e opto per l'inserimento dei miei dati anagrafici solo nell'archivio della struttura Immunotrasfusionale. SI ( ) NO ( )

Acconsento di essere interpellato nell'eventualità vi fossa bisogno del mio sangue. SI ( ) NO ( )

Padova ...../...../.....

Firma .....