

Azienda
U.L.S.S. 15
“ALTA PADOVANA”
Regione del Veneto

Unità Operativa Autonoma
TRASFUSIONALE E DI IMMUNOLOGIA

Direttore: dott.ssa Arianna Veronesi

P.O. di Camposampiero
Via P. Cosma, 1
35012 Camposampiero/PD
Tel. 049/9324852
Fax. 049/9324850
trasfusionale_csp@ulss15.pd.it

P.O. di Cittadella
Via Riva Ospedale
35013 Cittadella/PD
Tel. 049/9424877
Fax. 049/9424855
trasfusionale_cit@ulss15.pd.it

3. Scelta dell'Associazione di Volontariato

Cognome	Nome	Data di nascita
Indirizzo		Telefono

Legge 219/05, art. 7: “le associazioni di donatori volontari di sangue e le relative federazioni concorrono ai fini istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale attraverso la promozione e lo sviluppo della donazione di sangue e la tutela dei donatori”.

Chiedo di iscrivermi / **Confermo l'iscrizione** ad una delle Associazioni di donatori di sangue volontari periodici presenti localmente ed indico quella da me prescelta tra le sotto elencate:

- AVIS** Comune di
- FIDAS/GPDS** Comune di
- Comune di

Autorizzo il trasferimento dei miei dati personali anagrafici e donazionali all'Associazione prescelta per il loro trattamento limitatamente a quanto previsto dalla Legge e dalla Convenzione AULSS/Associazioni di Volontariato.

Non desidero aderire ad alcuna Associazione di donatori di sangue.

Data Firma

4. Dichiarazione

Ho preso atto del mio diritto di accesso che potrò esercitare nei modi previsti dalla legge. Dichiaro inoltre di ricevere dal Centro Trasfusionale, unitamente alla presente, copia degli articoli 13, 7-9 del Decr. Leg.vo n° 196/2003.

Preciso altresì che il Centro Trasfusionale è autorizzato a valersi dei miei consensi fino ad espressa mia revoca.

Data Firma