

DOMANDA ISCRIZIONE AL GRUPPO

Il /la sottoscritto/a

Cognome Nome

Nato/a GG/MM/AAAA a Prov.

Sesso M - F Nazionalità

Residente in n. C.A.P.

Località Prov.

Codice fiscale. Tel.

Cellulare. E-mail

CON LA PRESENTE CHIEDE L'ISCRIZIONE

AL GRUPPO DONATORI DI SANGUE FRATRES di FUCECCHIO

IL RICHIEDENTE

Località e Data

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto/a Luogo e Data di nascita

TITOLARE E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

Ricevuta, letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento Gruppo Donatori Sangue Fratres secondo le finalità riportate di seguito:

- Attività di promozione della donazione
- Attività di volontariato

FINALITÀ BASATE SUL CONSENSO

Preso atto del mio diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento, consento al trattamento dei miei dati personali da parte dei Titolari, per le finalità sotto riportate (art. 7 Regolamento 2016/679).

Finalità: Attività di volontariato

In relazione al trattamento dei miei dati personali, relativamente alla suddetta finalità:

CONSENTO

NON CONSENTO

Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti: diniego domanda di iscrizione

Località e Data

Firma dell'Interessato

Finalità: Attività di promozione della donazione

In relazione al trattamento dei miei dati personali, relativamente alla suddetta finalità:

CONSENTO

NON CONSENTO

Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti: diniego partecipazione attività di donazione

Località e Data

Firma dell'Interessato
