



Provinciale di Frosinone



Unità Operativa Complessa
Aziendale Medicina
Trasfusionale di Frosinone

MOD. 03 DFR del 26-11-2011

Data Approvazione ASL/DMT

Dr. Raffaele Reggio

Avis Provinciale di FROSINONE

RICHIESTA DEL SOCIO DONATORE PER CAMBIO DI ASSOCIAZIONE D'APPARTENENZA

Dr. Raffaele Reggio
DIRETTORE
DMT AUSL Frosinone

....., li...../...../.....

Alla c.a. del Direttore del DMT
Dott. Raffaele Reggio
c/o AUSL FR
Via Armando Fabi snc - 03100 Frosinone

..... sottoscritt _____

nat__ a..... (Prov.) il...../...../.....

C.Fisc., residente in (.....)

Via/Piazza..... CAP.....

Tel. Cell..... e-mail.....

Tipo documento N°

Rilasciato il da.....

Iscritt__ all'Associazione..... - Sezione di

DICHIARA

- Di voler revocare l'adesione all'Associazione di appartenenza
- Di voler aderire all'associazione Sezione comunale di
Indirizzo

Firma

.....

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.23 D. Lgs 196 del 30-06-2003

Il Dipartimento di Medicina Trasfusionale e l'Associazione di appartenenza tratteranno i dati personali adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza nel rispetto del Codice della privacy (D.Lgs. n. 196/03), esclusivamente per lo svolgimento delle attività istituzionali e del rapporto associativo. Il trattamento sarà svolto e i dati conservati da incaricati autorizzati, in forma cartacea o elettronica. I dati non saranno diffusi. Potranno essere comunicati a terzi solo in caso ciò si renda necessario. Il consenso al trattamento dei dati personali viene fornito con la richiesta di adesione; in assenza del consenso non è possibile aderire all'Associazione. L'indicazione di nome, data di nascita e recapiti (indirizzo, telefono e mail) è necessaria per la gestione del rapporto associativo e per l'adempimento degli obblighi di legge. Il conferimento degli altri dati è facoltativo. L'interessato può, in qualsiasi momento, decidere quali dati (non obbligatori) lasciare nella disponibilità dell'Associazione e del Dipartimento. Titolari del trattamento dei dati sono l'Associazione di appartenenza ed il Dipartimento di Medicina trasfusionale, con sede presso la AUSL FR in via A.Fabi snc- 03100 Frosinone. Responsabili del trattamento sono il legale rappresentante dell'Associazione ed il Direttore del Dipartimento.

Il/La sottoscritto/a, ricevuta l'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, dà consenso al trattamento dei propri dati personali nella misura necessaria al perseguimento degli scopi statutari e con le modalità indicate nell'informativa medesima.

Data _____

Firma _____