



ADAS Saluzzo - FIDAS
ASSOCIAZIONE DONATORI AUTONOMI DEL SANGUE DI SALUZZO E SUE VALLI ODV
Corso Roma 3 12037 Saluzzo (CN)

DOMANDA DI ADESIONE

Codice Fiscale

La/il sottoscritta/o (Cognome) _____ (Nome) _____

Residente in Via - Frazione _____ numero _____

Città/Paese _____ CAP _____

Recapito (solo se diverso dalla residenza) Via - Frazione _____ numero _____

Città/Paese _____ CAP _____

Nata/o a _____ (prov.) _____ Nazione _____ il _____

Tel. Cellulare Tel. fisso _____

Indirizzo mail _____

Indirizzo PEC _____

Tenuto conto che

- Mi impegno ad attenermi allo statuto al regolamento e alle delibere adottate dagli organi dell'associazione;
- Sono consapevole che acquisirò la qualifica di **socio donatore** dopo aver ottenuto l'idoneità alla donazione rilasciata dall'ente prelevatore;
- Di voler aderire come **socio collaboratore** (non donatore);

Chiedo di essere iscritta/o all'Associazione "ADAS Saluzzo FIDAS odv"

Gruppo di _____

Data _____ **Firma** _____

Preso atto dell'informativa sulla privacy di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679, che dichiaro di conoscere, con la presente esprimo, ai sensi dell'art. 9 del GDPR, il mio consenso esplicito al trattamento:

- dei dati personali / sensibili, che mi riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- dei referti da parte dell'Associazione (prelievo dagli Ospedali e consegna al Donatore);
- dei dati personali che mi riguardano, ai fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.
- Autorizzo fotografie e video, effettuati ai soli fini istituzionali, durante lo svolgimento delle attività e/o manifestazioni organizzate dall'associazione.

Data _____ **Firma** _____