

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Et : \_\_\_\_\_

Luogo donazione preferito: \_\_\_\_\_

- Elenco dei farmaci che prende ogni giorno:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Soffre di ipertensione?  s   no

- Soffre di malattie cardiache?  s   no

- Ha mai avuto infarto / ictus?  s   no

- E' mai stato sottoposto a coronarografia?  s   no

- Ha mai eseguito un Elettrocardiogramma?  s   no

- Se il risultato non era nella norma specificarne il motivo:

.....  
.....  
.....  
.....

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA PRIVACY: I DETTAGLI DELLA POLICY PRIVACY DI AVIS ROMA SONO VISIBILI SUL NOSTRO SITO NELLA SEZIONE "PRIVACY".**

AVIS Roma si impegna a conservare e trattare i vostri dati personali secondo GDPR 2016/679. Ad ulteriore impegno nella tutela dei dati AVIS Roma ha nominato un Data Protection Officer, dott. Antonello Dionisi, raggiungibile all'indirizzo email [DPO@hideea.com](mailto:DPO@hideea.com) per richiedere il tracciamento, la cancellazione o qualsiasi chiarimento sul trattamento dei vostri dati.

Firma per presa visione dell'informativa Privacy \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI**

Dopo aver letto l'Informativa privacy, di cui GDPR 2016/679, prendo atto che il trattamento dei miei dati personali avverr  da parte di Avis Comunale Roma in piena conformit  all'informativa fornita ed alla normativa in vigore in materia di tutela dei dati personali.

Acconsento all'utilizzo di tecniche di comunicazione a distanza quali posta tradizionale, posta elettronica, telefono anche cellulare, servizi di invio testi e/o immagini quali short messaging system ('SMS'), servizi di messaggistica istantanea o social network e conseguente trattamento dei miei dati privati e sensibili, da parte della scrivente

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Acconsento

Non acconsento

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_