

## DOMANDA DI ISCRIZIONE

 IL / LA SOTTOSCRITTO / A
 
 M    F
 

Nato/a a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

\*COD. ISTAT: del comune per l'Italia o dello stato estero<sup>1</sup>
                    

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residenza in via \_\_\_\_\_

Domicilio in via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

\*COD. ISTAT: per la città di residenza<sup>1</sup>
                    

Telefono abitazione \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

Posta Elettronica \_\_\_\_\_

Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_

COME HAI CONOSCIUTO AVIS?

Internet/Facebook

manifestazioni sul territorio

giornali/manifesti

amici/parenti

\*Luogo di lavoro \_\_\_\_\_

\*Titolo di studio

Nessuno

Licenza Elementare

Licenza Media Inferiore

Diploma

Laurea

\* Preferenze

per la donazione

Lunedì

Martedì

Mercoledì

Giovedì

Venerdì

Sabato

Domenica

\*Punto di prelievo \_\_\_\_\_

\* Professione

Agricoltore

Artigiano

Commerciante

Impiegato

Insegnante

Operaio

Professionista

Militare

Religioso

Altro

\* Condizione

non professionale

Disoccupato

Studente

Casalinga

Pensionato

\*Iscrizione ad altre associazioni di volontariato

SI

NO

Se SI, quale \_\_\_\_\_

**CHIEDE** di essere iscritto come **SOCIO DONATORE / SOCIO NON DONATORE**

all'Avis Comunale di \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_

e di aderire all'Avis Provinciale Monza e della Brianza, con sede in via Marsala, 5 - 20900 Monza, E-mail: monzaebrianza.provinciale@avis.it, Tel. 02 99683234

e di aderire all'Avis Regionale Lombardia, con sede in largo Volontari del Sangue, 1 - 20133 Milano, E-mail: avis.lombardia@avis.it, Tel. 02 2666656

e all'AVIS Nazionale, con sede in viale Enrico Forlanini, 23 - 20134 Milano, E-mail: avis.nazionale@avis.it, Tel. 02 70006795

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

Il richiedente deve leggere l'informativa riportata in allegato e firmare il consenso al trattamento dei dati personali.

Si impegna altresì a conoscere e rispettare lo Statuto, il Regolamento e il Codice Etico sia della propria AVIS Comunale, sia dell'AVIS Provinciale e dell'AVIS Regionale di riferimento, sia dell'AVIS Nazionale.

VALUTAZIONE IDONEITA' ----- A.V.I.S. COMUNALE DI SEREGNO

Nome .....Cognome.....nato il .....

Peso.....Altezza.....Pressione arteriosa.....Vene.....

ANAMNESI:

Malattie infantili.....Febbri di natura sconosciuta.....

E' diminuito di peso.....Ha assunto o assume farmaci.....

Alcool.....Fumo.....Esposizione a sostanze tossiche.....

Ittero o Epatite A-B-C AIDS LUE.....Ci sono stati casi in famiglia.....

E' mai risultato positivo ai test per Epatite virale A-B-C .....AIDS LUE.....

Diabete.....Reumatismi o Artrite.....Malattie Broncopolmonari.....

Malattie gastrointestinali.....Gastro o Colonscopie.....

Malattie renali o urinarie.....Malattie del sistema nervoso.....

Convulsioni-Svenimenti.....Malattie della pelle.....

Malattie del sangue.....Malattie del cuore e vasi.....

Ipertensione arteriosa.....Tumori benigni o maligni.....

Malattie allergiche .....Progresso shock anafilattico.....

Malattie autoimmunitarie .....Ha ricevuto sangue.....Cure dentali.....

Interventi chirurgici.....Trapianti di tessuti o cellule o cornea.....

Tatuaggi-Forature-Agopunture.....Sostanze stupefacenti.....

Attività o hobby rischiosi.....Viaggi extraeuropei (ultimi 6 mesi)

Ha soggiornato in paesi malarici con profilassi o no.....

PER LE DONNE: Ha avuto gravidanze.....Aborti.....

**Il Candidato dichiara:**

- che i dati riferiti e soprannotati sono veritieri;
- che è informato sulle procedure di prelievo e acconsente alla donazione;
- che si assume l'obbligo di avvisare il medico di Sezione ogni volta che avrà problemi di salute, comprese le cure dentarie, di qualunque tipo;
- di aver preso visione della nota informativa sull'AIDS e sulle altre malattie contagiose, di non appartenere o di non essere appartenuto alle categorie con comportamento a rischio per la trasmissione dell'AIDS
- **Autorizzo i medici dell'Avis a far eseguire tutti gli esami inerenti il mio stato di salute compreso il test dell'immuno deficienza acquisita**

firma del CANDIDATO.....

E.O. MEDICO PRELIMINARE e GIUDIZIO DI IDONEITA' PER I CONTROLLI PRELIMINARI:

E.O:.....  
.....  
.....

ALLA VALUTAZIONE PRELIMINARE DI IDONEITA' L'ASPIRANTE DONATORE RISULTA IDONEO?  
SI.....NO.....

Seregno, li

IL MEDICO ESAMINATORE