

DOMANDA DI ISCRIZIONE

IL / LA SOTTOSCRITTO / A

M

F

Nato/a a

Prov.

il

COD. ISTAT: del comune per l'Italia o dello stato estero¹

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Codice Fiscale

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Indirizzo

Città

CAP

Provincia

COD. ISTAT: per la città di residenza¹

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Telefono abitazione

Cellulare

Posta Elettronica

Tessera Sanitaria

.Medico di medicina generale

Luogo di lavoro

Telefono centralino

Telefono diretto

Punto di prelievo¹

Titolo di studio*

- Nessuno
 Licenza Elementare
 Licenza Media Inferiore
 Diploma
 Laurea

**Preferenze*
per la donazione**

- Lunedì
 Martedì
 Mercoledì
 Giovedì
 Venerdì
 Sabato
 Domenica

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 EFFETTIVO**

all'Avis Comunale di **OLGINATE**

con sede in Olginate, piazza Roma, 4

E-mail segreteria@avisolginate.it

tel 333 310 3136 - 333 164 4199

e di aderire all'Avis Provinciale di **LECCO**

con sede in Lecco, viale Montegrappa, 8

E-mail segreteria@avisprovincialelecco.it

tel e fax 0341 282098

e di aderire all'Avis Regionale di **MILANO**

con sede in Milano, largo Volontari del Sangue, 1

E-mail avis.lombardia@avis.it

tel 02 2666656 fax. 02 2667818

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

data _____

firma _____

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