

- ☐ SOC Immunoematologia e medicina trasfusionale Firenze ed Empoli
☐ SOC Immunoematologia e medicina trasfusionale Prato
☐ SOS Immunoematologia e medicina trasfusionale S. Jacopo e SS. Cosma e Damiano

Il Servizio Trasfusionale fornisce tutte le informazioni necessarie al candidato donatore che si presenta la prima volta per la donazione di sangue, affinché possa effettuare la donazione in completa libertà, consapevole che le informazioni fornite sul proprio stato di salute e sui propri stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la propria sicurezza e per la sicurezza del ricevente.

Alla promozione ed allo sviluppo della donazione di sangue ed alla tutela dei donatori concorrono le Associazioni Donatori di Sangue convenzionate con questo Servizio Trasfusionale.

Se il donatore lo desidera, sarà cura di questo Servizio Trasfusionale trasmettere i suoi dati anagrafici per l'iscrizione all'Associazione da lui indicata.

Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____

☐ desidero continuare a frequentare il Servizio Trasfusionale senza associarmi

☐ chiedo di essere iscritto alla Associazione di donatori indicata (barrare la casella prescelta indicando la sezione), e autorizzo l'invio dei dati anagrafici ed il giudizio di idoneità al responsabile dell'Associazione, per i soli fini relativi alla donazione di sangue:

- | | |
|--|------------------|
| ☐ ANPAS | sezione di _____ |
| ☐ AVIS | sezione di _____ |
| ☐ CRI SOLIDARIETÀ TOSCANA | _____ |
| ☐ FRATRES | sezione di _____ |
| ☐ GIDS | _____ |
| ☐ ALTRO | _____ |

Spazio riservato ai donatori della sede di Empoli, Fucecchio e Castelfiorentino

Autorizzo l'invio dei dati riguardanti la mia salute presso il mio domicilio: ☐ SI ☐ NO

Desidero accedere ai risultati dei miei esami attraverso il portale WEB aziendale: ☐ SI ☐ NO

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo:
<https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda>
 o scansionando il QR code a margine.



Data _____

Firma del/la donatore/donatrice _____