

DOMANDA DI ISCRIZIONE

IL / LA SOTTOSCRITTO / A		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Nato/a a _____		Prov. _____ il _____	
COD. ISTAT: del comune per l'italia o dello stato estero*		<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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Indirizzo			
Città _____		CAP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Provincia _____	
COD. ISTAT: per la città di residenza*		<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"/> **	
Telefono abitazione _____		Cellulare _____	
Posta Elettronica _____			
Tessera Sanitaria _____		Medico di medicina generale _____	
Luogo di lavoro _____			
Telefono centralino _____		Telefono diretto _____	
Punto di prelievo*			
Titolo di studio <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Licenza Elementare <input type="checkbox"/> Licenza Media Inferiore <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/> Laurea	Stato Civile <input type="checkbox"/> Celibe / Nubile <input type="checkbox"/> Coniugato / a <input type="checkbox"/> Separato / a <input type="checkbox"/> Divorziato / a <input type="checkbox"/> Vedovo / a	Preferenze per la donazione <input type="checkbox"/> Lunedì <input type="checkbox"/> Martedì <input type="checkbox"/> Mercoledì <input type="checkbox"/> Giovedì <input type="checkbox"/> Venerdì <input type="checkbox"/> Sabato <input type="checkbox"/> Domenica	
Professione <input type="checkbox"/> Agricoltore <input type="checkbox"/> Artigiano <input type="checkbox"/> Commerciante <input type="checkbox"/> Impiegato <input type="checkbox"/> Insegnante <input type="checkbox"/> Operaio <input type="checkbox"/> Professionista <input type="checkbox"/> Militare <input type="checkbox"/> Religioso	Ramo di attività <input type="checkbox"/> Agric., foreste, Caccia, Pesca <input type="checkbox"/> Industria costruzioni <input type="checkbox"/> Industria manifatturiera <input type="checkbox"/> Energia, Acqua, Gas <input type="checkbox"/> Commercio <input type="checkbox"/> Pubblica Amministrazione <input type="checkbox"/> Trasporti e Comunicazione <input type="checkbox"/> Credito e Assicurazioni <input type="checkbox"/> Altri Servizi	Condizione non professionale <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/> Benestante <input type="checkbox"/> Invalide <input type="checkbox"/> Inabile <input type="checkbox"/> Altra	
Iscrizione ad altre Associazioni di Volontariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se SI, quale _____			
<i>CHIEDE di essere iscritto come SOCIO DONATORE EFFETTIVO all'Avis Comunale di _____</i> <i>e di aderire all'Avis Provinciale di _____, all'Avis Regionale _____</i> <i>e all'AVIS Nazionale ai sensi e per gli effetti di cui Art.4 comma 4 dello statuto in vigore ("L'adesione del socio all'Avis Comunale comporta l'automatica adesione del medesimo all'AVIS Nazionale, nonché all'Avis Regionale e Provinciale o equiparate") e di accettarne le sue norme.</i>			
Data _____		Firma _____	
Il richiedente deve leggere l'informativa riportata nel retro e firmare il consenso al trattamento dei dati personali			

* Parte riservata alla sede AVIS

** Cod. Istat dei Comuni o Stato estero, reperibili sul sito di AVIS Nazionale

