

	<p>Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto  <b>Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale  della Provincia di Vicenza</b></p>	
	<p><b>Direttore DIMT: Dott.ssa Carla Giordano</b></p> <p>Direttore SIT Ulss 6 - Dott.ssa A. Alghisi      Direttore SIT Ulss 5 - Dott. M. La Raja  Direttore SIT Ulss 4 - Dott. C. Sardella      Direttore SIT Ulss 3 - Dott.ssa C. Giordano</p>	

**MO DIMT 01 Consenso all'Iscrizione-rimborso spese viaggio**

Ill.mo Direttore Generale dell'ULSS n. \_\_\_\_\_

**Oggetto: Richiesta rimborso spese viaggio**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

- iscritto** all'Associazione Donatori di Sangue:
- FIDAS** Gruppo \_\_\_\_\_
  - AVIS** Sezione \_\_\_\_\_
  - RDS Montegrappa (Bassano)** Gruppo \_\_\_\_\_
  - Cav. P. Trevisan (Montecchio Maggiore)**
  - A.DO.SAL.VI.** Sezione \_\_\_\_\_
  - ADS CAMPESE (Bassano)**

- non iscritto** ad Associazioni di Donatori di Sangue

**Ai sensi del comma 2° dell'articolo 3 della L.R. 65 -94 nonché del D.G.R. n. 3223 del 28-10-2008,**

- chiede** il rimborso delle spese di viaggio sostenute per le donazioni o altre prestazioni secondo la convenzione in atto:
- rinunciando al rimborso personale, a favore dell'Associazione Donatori di sangue. Delega il proprio Presidente a riscuotere quanto gli spetta e rinuncia al contempo a qualsiasi pretesa ed azione nei confronti della U.L.SS. per le somme di cui alla presente richiesta;
  - a titolo personale, secondo le modalità concordate.
- rinuncia** al rimborso in oggetto.

La presente è valida fino a mia revoca.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del donatore

	<p>Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto  <b>Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale  della Provincia di Vicenza</b></p>	
	<p>Direttore SIT Ulss 6 - Dott.ssa A. Alghisi      Direttore SIT Ulss 5 - Dott. M. La Raja  Direttore SIT Ulss 4 - Dott. C. Sardella      Direttore SIT Ulss 3 - Dott.ssa C. Giordano</p>	

**MO DIMT 01 Consenso all'Iscrizione-rimborso spese viaggio**

**CONSENSO INFORMATO ALL'ISCRIZIONE ALL'ASSOCIAZIONE DONATORI DI SANGUE**

(Delibera Regionale 1577 del 29 aprile 1997)

Io sottoscritto (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_\_ sesso  M  F  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

Di essere stato informato da:

- Assoc. Donatori Sangue       Servizio Trasfusionale       Altro

dell'esistenza della Associazione Donatori di Sangue nella Provincia, dello scopo dell'Associazione Donatori di Sangue, del significato di essere iscritto ad una Associazione, dell'alternativa all'iscrizione all'Associazione.

A seguito di ciò:

- ACCONSENTO e CHIEDO**       **NON ACCONSENTO**

l'iscrizione ad una delle Associazioni Donatori di Sangue presenti localmente e convenzionate con il S.S.N. in virtù della D.G.R.V. 3223/2008, indicando quella da me scelta tra quelle sottoelencate e autorizzando, di conseguenza, la struttura trasfusionale alla trasmissione reciproca dei miei dati anagrafici all'Associazione interessata, al fine dell'iscrizione in qualità di socio:

- FIDAS** Gruppo \_\_\_\_\_       **Cav. P. Trevisan (Montecchio Maggiore)**  
 **AVIS** Sezione \_\_\_\_\_       **A.DO.SAL.VI.** Sezione \_\_\_\_\_  
 **RDS Montegrappa (Bassano)** Gruppo \_\_\_\_\_       **ADS CAMPESE (Bassano)**

- AUTORIZZO**       **NON AUTORIZZO**

La Struttura Trasfusionale al trattamento dei miei dati personali e sanitari nei termini e per le finalità previste dal D.lgs. 196/2003 ("Codice della Privacy").

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Riservato all'Associazione**

Data iscrizione \_\_\_\_\_ Tessera N° \_\_\_\_\_ ULS S N° \_\_\_\_\_ Gruppo/Sezione \_\_\_\_\_

**Riservato al Servizio Trasfusionale**

IDONEITA' ALLA DONAZIONE

SI  NO

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

DATA DONAZIONE EFFETTUATA

Data \_\_\_\_\_

<p>Gruppo Sanguigno _____</p> <p>Fenotipo _____</p> <p>Sistema Kell _____</p>
---