



A tal fine, allega:

scheda informativa dei dati relativi alla trasfusione od alla somministrazione di emoderivati, compilata e firmata dal Medico curante;

certificato di Nascita (o autocertificazione)

certificato di Stato di Famiglia (se il danneggiato è minore o deceduto)

certificato di Morte (se il danneggiato è deceduto)

.....

.....

.....

Il sottoscritto DICHIARA altresì di voler ricevere ogni comunicazione in merito alla presente domanda al seguente indirizzo:

Via/P.zza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ C.A.P. |\_|\_|\_|\_|\_|  
Città \_\_\_\_\_ Prov. |\_|\_|\_| - Tel. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna a comunicare ogni variazione dei dati forniti.

Roma il |\_|\_|||\_|\_|\_|\_|\_|

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

*DICHIARAZIONE: Ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia di trattamento e protezione dei dati personali, D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, dichiaro di essere a conoscenza che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del relativo procedimento.*

\_\_\_\_\_