

COGNOME E NOME _____

E-MAIL: _____

CITTA' DI PROVENIENZA _____

PROFESSIONE _____

LUOGO DI LAVORO O DI STUDIO _____

E' INTERESSATO/A A PARTECIPARE AD UNO DEI GRUPPI DI LAVORO PREVISTI PER LA GIORNATA DI VENERDI'?

NO PERCHE' _____

SI', NEL GRUPPO DI LAVORO _____

LE CHIEDIAMO LA CORTESIA DI DEDICARCI ANCORA QUALCHE SECONDO RISPONDENDO ALLE SEGUENTI DOMANDE:

SONO SOCIO/A DI MEDICINA DEMOCRATICA NON SONO SOCIO/A DI MEDICINA DEMOCRATICA

CLASSE D'ETA' (BARRARE UNA CASELLA):

FINO A 30 ANNI DA 31 A 40 ANNI DA 41 A 50 ANNI DA 51 A 60 ANNI OLTRE 60 ANNI

CONOSCEVA GIA' MEDICINA DEMOCRATICA? SI NO

HA LETTO LA RIVISTA MEDICINA DEMOCRATICA? MAI QUALCHE VOLTA SONO ABBONATO/A

QUALE ARGOMENTO DESIDEREREBBE APPROFONDIRE TRA QUELLI TRATTATI DA MEDICINA DEMOCRATICA?

QUALI SONO LE AREE DI SUO MAGGIORE INTERESSE:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> MEDICINA/SANITA' | <input type="checkbox"/> INQUINAMENTO AMBIENTALE |
| <input type="checkbox"/> RIFIUTI | <input type="checkbox"/> NOCIVITA' NELL'AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO |
| <input type="checkbox"/> DISABILITA' E DISAGIO SOCIALE | <input type="checkbox"/> ENERGIE |
| <input type="checkbox"/> BENI COMUNI | <input type="checkbox"/> ALTRO (SPECIFICARE) _____ |

L'ISCRIZIONE AL CONGRESSO E' GRATUITA ED E' APERTA A TUTTI

SPEDIRE IL FOGLIO VIA MAIL ALL'INDIRIZZO: segreteria@medicinademocratica.org O VIA FAX AL NUMERO 02.49.84.678

Tutela dei dati personali (Privacy)

Autorizzo il trattamento dei dati personali ex art. 13 del D. Lgs. 196/2003. Medicina Democratica ONLUS utilizzerà questi dati per sole finalità statistiche. In nessun caso questi dati verranno utilizzati in modo da poter individuare il singolo partecipante per altre finalità. Il titolare del trattamento a cui rivolgersi per aver conto dei propri dati, cancellarli o modificarli è il presidente della associazione Medicina Democratica ONLUS con sede in via dei Carracci, 2 – 20149 Milano.

FIRMA
