



Compila il modulo e invialo insieme alla copia del versamento.

nome

cognome

indirizzo

città

telefono

e-mail

aree di interesse alle quali sono interessato (barra la casella)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Salute Mentale | <input type="checkbox"/> Comunità di Ricerca e Sviluppo | <input type="checkbox"/> Ambiente e Tecnologia |
| <input type="checkbox"/> Disabilità | <input type="checkbox"/> Conflitti, azione sociale e cambiamento | <input type="checkbox"/> Lavoro e studi |
| <input type="checkbox"/> Alcool e droghe | <input type="checkbox"/> Criminalità e delinquenza minorile | <input type="checkbox"/> Legislazione e Società |
| <input type="checkbox"/> Salute, Politica Sanitaria e Servizi Sanitari | <input type="checkbox"/> Povertà, Classe e Disuguaglianza Sociale | <input type="checkbox"/> Problemi di teoria sociale |
| <input type="checkbox"/> Famiglia | <input type="checkbox"/> Minoranze razziali ed etniche | <input type="checkbox"/> Sociologia della previdenza sociale |
| <input type="checkbox"/> Adolescenza, invecchiamento e corso della vita | <input type="checkbox"/> Comportamento Sessuale, Politica e Comunità | <input type="checkbox"/> Insegnare i problemi sociali |
| <input type="checkbox"/> Problemi educativi | | <input type="checkbox"/> Stigma e genere |

Consenso Trattamento Dati Personali

Ai sensi del DIs n° 196, del 30 giugno 2003 Codice in materia di protezione dei dati personali dichiaro di essere a conoscenza del mio diritto di poter chiedere la cancellazione, l'integrazione, l'aggiornamento e la rettifica dei miei dati personali e quindi acconsento al trattamento dei miei dati personali al solo fine e nei limiti della presente iscrizione

firma

.....