

## Progetto "Frammenti di specchio": modulo d'iscrizione

Il Dottor \_\_\_\_\_ anno di nascita \_\_\_\_\_







indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ telefono cellulare \_\_\_\_\_ (raggiungibile)

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Per aderire, si prega d'inviare il presente modulo compilato per

fax al numero: **0585865148**

o per email in formato .pdf all'indirizzo: [milanomar@gmail.com](mailto:milanomar@gmail.com) o [gbondielli@fimmq-ms.it](mailto:gbondielli@fimmq-ms.it).

<b>Standard organizzativi</b>	
<b>MMG da:</b> <input type="checkbox"/> 0-4 anni <input type="checkbox"/> 5-10 anni <input type="checkbox"/> 10-20 anni <input type="checkbox"/> oltre 20 anni	<b>Lavora in ambiente:</b> <input type="checkbox"/> grande città (oltre 500.000 abitanti) <input type="checkbox"/> di città (> 50.000 abitanti) <input type="checkbox"/> di piccola città (<50.000 abitanti) <input type="checkbox"/> rurale
<b>MMG con in carico:</b> <input type="checkbox"/> fino a 500 pazienti <input type="checkbox"/> 501-1000 pazienti <input type="checkbox"/> oltre 1000 pazienti	<b>Lavora in:</b> <input type="checkbox"/> un solo studio <input type="checkbox"/> in più studi. Quanti ? _____
<b>Nel suo territorio esiste:</b> <input type="checkbox"/> Hospice <input type="checkbox"/> Ospedale di comunità <input type="checkbox"/> Altre forme di assistenza per malati terminali? Quali? -----	<b>Lavora:</b> <input type="checkbox"/> da solo <input type="checkbox"/> in una medicina di gruppo <input type="checkbox"/> in una medicina in rete <input type="checkbox"/> in una medicina in associazione semplice <input type="checkbox"/> in una medicina associativa mista (gruppo + rete, ecc.)
<b>Soddisfazione professionale</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/></div> </div>	<b>Qualità della propria vita percepita</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/></div> </div>

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003, La informiamo che i dati raccolti saranno trasmessi alla segreteria organizzativa del progetto per l'analisi dei dati insieme alle mail spedite.

Le responsabili del trattamento dei suoi dati sono le Dr.sse Maria Milano e Giuliana Bondielli. Alle titolari del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti così come previsto dal D. Lgs. 196/2003. Le mail inviate saranno utilizzate per pubblicazioni.

Data .....

Firma per il consenso.....