Partecipo alla Veglia delle donne

Cognome _____

Nome _____

Via _____

NPA Città _____

Movimento _____

Associazione _____

Partito _____

Altri _____

Tél _____

Fax _____

Email _____

Coresponsabile del mio turno di veglia.

Cognome _____

Nome _____

Via _____

NPA Città _____

Movimento _____

Associazione_____

Partito _____

Altri _____

Tél _____

Fax _____

Email _____

Veglieremo dal alle 10 fino, al alle 10.

Grazie di riempire un formulario per ogni veglia.

Desidero aderire all'associazone La veglia delle donne. **si** ☐
no ☐

La veille des femmes
Frauenwache
La veglia delle donne

Accettando di partecipare al movimento, ci impegnamo a difendere i temi di rivendicazione della giornata dell'8 marzo :

- **Si all'assicurazione maternità ;**
- **No alla 11esima revisione dell AVS;**
- **No alle discriminazioni qui ed altrove**

Ci impegnamo a rispettare il materiale messo a disposizione dalla Veglia delle donne.

Date : _____

Signature (s) : _____

Mandare il formulario all'indirizzo indicato qui sotto. Riceverete una conferma scritta all'indirizzo della prima responsabile e ciõ per ogni giorno di veglia che vi proponete di fare. La conferma sarà accompagnata dalle indicazioni pratiche necessarie.

La veille des femmes
15 Escaliers du Marché
CH - 1003 Lausanne
Tél et Fax : +41 21 320 32 69
veilledesfemmes@bluemail.ch

Lo sviluppo del movimento si può seguire sui siti seguenti:
www.laveilledesfemmes.ch
www.frauenwache.ch
www.lavegliadelledonne.net