

**XVI CONGRESSO NAZIONALE SICP - Società Italiana di Cure Palliative**  
**Lecce, 27/30 ottobre 2009**

**FORM DI CONFERMA SCIENTIFICA COMUNICAZIONI**

da inviare per conferma a OSC Healthcare - fax 051/226855 - tel 051/224232  
**Il form deve essere compilato SOLO dall'Autore che presenterà il lavoro in sede congressuale. Per ogni abstract accettato si prega di compilare un form diverso**



**Inviare entro e non oltre il 31 agosto 2009**



Per ottimizzare la comunicazione, La preghiamo di completare i Suoi dati anagrafici.  
**SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO. Grazie.**

**ATTENZIONE: SUL PROGRAMMA DEL CONGRESSO VERRA' RIPORTATO SOLO IL NOME DELL'AUTORE CHE PRESENTERA' IL LAVORO E CHE DOVRA' ESSERE ISCRITTO AL CONGRESSO.**

**EVENTUALI CO-AUTORI SARANNO RIPORTATI NEL CD DEGLI ABSTRACT, COME DA SEGNALATO NEGLI ABSTRACT PRECEDENTEMENTE INVIATI**

**COGNOME ..... NOME .....**

**Recapito professionale della persona che presenterà il lavoro in sede congressuale**

Ente / Osp. ....

Ruolo ..... Reparto .....

Via ..... CAP ..... Città ..... Prov. ....

Tel. .... Fax .....

e-mail: ..... Cell. ....



**Confermo la presentazione del/dei seguente/i lavoro/i:**

**(indicare il numero dell'abstract - vedere numero da elenco - e giorno della presentazione)**

Numero dell'abstract: ..... Sessione: .....

Titolo: .....

.....

Giorno (barrare):  28/10/09 ora .....  29/10/09 ora .....  30/10/09 ora .....

Già iscritto al Congresso  Mi iscriverò entro il 31/08/09  Il lavoro non verrà presentato

Grazie, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Data

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 n° 196 sulla privacy con riferimento all'"Informativa" inserita nel capitolo "Informazioni Generali" del Programma del Congresso.