Autorizzazione e concessione all’utilizzo del proprio intervento nell’ambito di:

**CONVEGNO SIN REGIONE MARCHE/UMBRIA**

**Webinar, 4 DICEMBRE 2020**

Io sottoscritto **Dr./Prof.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

mediante sottoscrizione della presente dichiarazione cedo al **PROVIDER SIN “Società Italiana di Neurologia” (ID 1802) che Accredita l’Evento** il file della mia relazione di carattere Medico/Scientifico, preparata secondo i canoni indicati dal PROVIDER e dalle Normative vigenti, presentata nel corso del Convegno in oggetto e di cui sono l’autore, ai fini della conservazione degli Atti per 5 anni, così come indicato nella Normativa ECM. **(OBBLIGATORIO)**

L'opera (Registrazione Video e slide) non sarà oggetto di commercializzazione, ma sarà utilizzata per la realizzazione di una FAD ECM (SINCRONA e "Classica").

Allo stesso tempo ACCONSENTO / NON ACCONSENTO a cedere alla **Segreteria Organizzativa dell’Evento** i diritti di utilizzazione della mia relazione di carattere Medico/Scientifico, presentata nel corso del Convegno in oggetto e di cui sono l’autore, ai fini della loro divulgazione ai partecipanti dell’Evento che ne facciano richiesta.

⎕ ACCONSENTO ⎕ NON ACCONSENTO

Firma chiara e leggibile dell’Autore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_