



**PREMIOS DR. DANIEL FERNÁNDEZ VARGAS A  
LA MEJOR COMUNICACIÓN  
FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN**

**Nº COLEGIADO:**

**DNI:**

**NOMBRE Y APELLIDOS:**

**DOMICILIO:**

**CÓDIGO POSTAL:**

**TELÉFONO DE CONTACTO:**

**EMAIL:**

**AÑOS DE ESPECIALIDAD:**

**ESPECIALIDAD:**

**CURSADA EN EL HOSPITAL:**

**COMUNICACIÓN TIPO**

**ORAL**

**ESCRITA**

**POSTER**

Título de comunicación

Autor/es

**DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA:**

- Declaro bajo mi responsabilidad que todos los datos consignados en la presente solicitud son ciertos y adjunto la correspondiente documentación acreditativa de los mismos.

Acepto la política de privacidad que se contiene en las bases de la presente convocatoria

En Málaga a      de

de 2025

El/la solicitante