



**XXXVII CONGRESSO NAZIONALE  
SOCIETA' ITALIANA DI CHIRURGIA PEDIATRICA  
Chieti-Pescara, 21/23 settembre 2006**

**ABSTRACT FORM**

**da inviare a / to be sent to ATHENA CONGRESSI (tel. +39-085-4214343): [congressi@athenacongressi.it](mailto:congressi@athenacongressi.it)  
DEADLINE 10.04.2006**

TITOLO / TITLE

AUTORI / AUTHORS

ISTITUTO / INSTITUTION

INDIRIZZO / ADDRESS

TESTO / TEXT

**ISTRUZIONI PER GLI AUTORI**

Il testo, redatto in italiano o inglese, deve essere composto da quattro sezioni: introduzione e obiettivi, materiali e metodi, risultati, conclusioni.

L'abstract (max 400 parole carattere Times New Roman, corpo 10, interlinea singola) deve essere contenuto in un solo modulo.

Il titolo deve essere scritto in maiuscolo e grassetto.

Il nome dell'autore che presenta il lavoro deve essere sottolineato.

Gli abstracts non conformi alle suddette regole, non verranno ammessi alla selezione.

Unitamente all'abstract dovrà essere inviato: un breve curriculum vitae e l'autocertificazione sul conflitto di interesse (fac-simile del testo sul sito [www.athenacongressi.it/chirped](http://www.athenacongressi.it/chirped)) dell'autore che presenterà il lavoro.

**INSTRUCTIONS FOR AUTHORS**

*The text, written in Italian or English, is to be structured in the following layout: introduction and aim, materials and methods, results, conclusions.*

*Each abstract (maximum length 400 words, Times New Roman in 10-point font, single-spaced) is to be contained in a single box space.*

*The title must be written with capital letters and heavy type.*

*The presenting author must be underlined.*

*Abstracts not complying with these rules will not be admitted to selection.*

*The abstract must have the following enclosure: a brief curriculum vitae and a self-certification of the presenting author (see fac-simile on the web [www.athenacongressi.it/chirped](http://www.athenacongressi.it/chirped))*

**PRESENTAZIONE PREFERENZIALE**

**PREFERENTIAL PRESENTATION**

**ORALE / ORAL**       **POSTER**

**PARTECIPAZIONE PREMI SICP, SOCI UNDER 35**

**SI**                       **NO**

**AUTORE DA CONTATTARE PER LA CORRISPONDENZA / CORRESPONDING AUTHOR**

COGNOME E NOME / NAME AND SURNAME

ENTE DI APPARTENENZA / INSTITUTION

VIA / ADDRESS

CAP / ZIP CODE

CITTÀ / CITY

TEL

FAX

E-MAIL

CELL / MOBILE