

**XLIV CONGRESO**  
DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA  
DE ENFERMERÍA EN  
**neurociencias**

**19, 20 Y 21 DE OCTUBRE 2022**  
LUGAR: PALACIO VILLA SUSO  
**VITORIA-GASTEIZ**



Secretaría Técnica: Tels. 950 532 539 . 608 705 946 Email : secretariacongresovitoria2022@aeen.es

## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA**

Los autores del resumen enviado para su aceptación por parte del Comité Científico y para su posterior presentación en el XLIV Congreso de la Asociación Española de Enfermería en Neurociencias (AEEN) que se celebrará en Vitoria los días 19, 20 y 21 de octubre de 2022.

Certifican su autoría según el orden enviado.

**No se admitirán Declaraciones de Autoría manuscritas. Para su aceptación tienen que estar cumplimentadas a ordenador**

**Título del trabajo:**

---

---

---

---

**Formato comunicación:**

ORAL

CASO CLÍNICO

PÓSTER

**Autores por orden:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Servicio:**

---

---

---

**Hospital:**

---

---

---

**Persona que defenderá la comunicación en el congreso:**

---

---

**Email de contacto:**

---

---

**Teléfono:**

---

---

**XLIV CONGRESO**  
DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA  
DE ENFERMERÍA EN  
**neurociencias**

**19, 20 Y 21 DE OCTUBRE 2022**

LUGAR: PALACIO VILLA SUSO

**VITORIA-GASTEIZ**



Secretaría Técnica: Tels. 950 532 539 . 608 705 946 Email : secretariacongresovitoria2022@aeen.es

**No se admitirán Declaraciones de Autoría manuscritas. Para su aceptación tienen que estar cumplimentadas a ordenador**

Y para que así conste, los autores firman la presente Declaración:

**Primer autor**

Nombre y Apellidos: .....

DNI: .....

Firma:

**Segundo autor**

Nombre y Apellidos: .....

DNI: .....

Firma:

**Tercer autor**

Nombre y Apellidos: .....

DNI: .....

Firma:

**Cuatro autor**

Nombre y Apellidos: .....

DNI: .....

Firma:

**Quinto autor**

Nombre y Apellidos: .....

DNI: .....

Firma:

**Sexto autor**

Nombre y Apellidos: .....

DNI: .....

Firma: