

**Asociación Peruana de Odontología Preventiva y Social**

**FICHA DE INSCRIPCIÓN**

**Ii concurso NACIONAL de buenas prácticas en odontología preventiva y social**

Código de inscripción (no llenar, lo asignan los organizadores posteriormente):

Título de la intervención (en minúsculas solo la inicial mayúscula):

Institución que se representa:

Lugar donde se realizó la intervención:

Fecha de inicio y término dela intervención:

Identificación de categoría de la intervención: (marcar en el recuadro o subrayar)

Modelos de atención con enfoque de Atención Primaria de Salud

Desarrollo e Innovación en Tecnología Apropiada

Formación y Desarrollo del Talento Humano por la Salud Bucal.

Integrantes del equipo de la intervención: (agregar las líneas que sean necesarias):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** | **NOMBRES** | **Correo electrónico y celular** |
| Responsable del proyecto |  |  |  |  |
|  |
| Encargado de la comunicación |  |  |  |  |
|  |
| Miembro |  |  |  |  |
|  |
| Miembro |  |  |  |  |
|  |
| Miembro |  |  |  |  |
|  |
| Miembro |  |  |  |  |
|  |

**Resumen del trabajo (debe contener máximo 250 palabras. Estructura:** objetivo, métodos, resultados y conclusiones. Al final del resumen se debe incluir entre 3 a 5 palabras clave.

**DECLARACIÓN JURADA**

Declaro que el trabajo que presento al concurso convocado por la Asociación Peruana de Odontología Preventiva y Social, no ha sido premiado por concepto igual o equivalente al premio de esta convocatoria, ni en el país ni en el extranjero.

Certifico que este trabajo (o partes importantes de él) es inédito. Certifico que se han cumplido los requisitos de control ético.

Certifico que leí las pautas para la presentación del trabajo en las bases del concurso.

Estoy de acuerdo con la difusión del trabajo por las redes sociales.

Fuente de financiación:

**Conflicto de intereses:** No existe un posible conflicto de intereses en este trabajo. Si existiera, será declarado en este documento y/o explicado.

Certifico que he contribuido directamente a este trabajo y la redacción del informe por lo cual estoy en condiciones de hacerme públicamente responsable conjuntamente con

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En fe de lo cual firmo, el día……………

DNI N°………………………………………..

Dirección…………………………………….

Teléfono............................................……..