|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO N° 01** | | | | | | | | |
| **FORMULARIO DE POSTULACIÓN** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **CONCURSO DE BUENAS PRÁCTICAS ÉTICAS DEL MINISTERIO DE SALUD 2019** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **CATEGORÍA** |  | | | | | | | |
| **NOMBRE DE LA PRÁCTICA A CONCURSAR** |  | | | | | | | |
| **NOMBRE DE LA UNIDAD ORGÁNICA, ÓRGANO DESCONCENTRADO, ORGANISMO PÚBLICO ADSCRITO U PROGRAMA** |  | | | | | | | |
| **ÁREA, JEFATURA, DIRECCIONES GENERALES O EJECUTIVAS** |  | | | | | | | |
| **DATOS DE LOS DOS (02) REPRESENTANTES DE LA PRÁCTICA A CONCURSAR** | **Representante** | **Nombres** | **Apellidos** | **Cargo** | **DNI** | **Indicar la función o cargo que desempeño en la práctica a concursar** | **Teléfono** | **Email** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **DATOS DE LOS SERVIDORES QUE PARTICIPARON EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PRÁCTICA** | **Servidores Públicos** | **Nombres** | **Apellidos** | **Cargo** | **DNI** | **Indicar la función o cargo que desempeño en la práctica a concursar** | **Teléfono** | **Email** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |