|  |
| --- |
| **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** |   |   |   |  |  |   |   |