****

**ASOCIACIÓN PERUANA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y SOCIAL**

****

**concurso**

**ESTRATEGIAS DE TELESALUD EN ODONTOLOGÍA**

**EN EL CONTEXTO DEL COVID-19.**

**FICHA DE INSCRIPCIÓN**

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

Título (en minúsculas, solo la inicial o siglas en mayúscula):

Autores (colocar un asterisco \* al representante):

Institución:

Lugar donde se realizó la intervención:

Fecha de inicio y término:

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

Material educativo 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: (agregar las líneas que sean necesarias):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** | **NOMBRES** | **Correo electrónico y celular** |
| Responsable del proyecto |  |  |  |  |
|  |
| Miembro |  |  |  |  |
|  |
| Miembro |  |  |  |  |
|  |
| Miembro |  |  |  |  |
|  |
| Miembro |  |  |  |  |
|  |

**Resumen (debe contener máximo 350 palabras. Estructura:** objetivo, métodos, resultados y conclusiones.

**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 de APOPS.

**Fuente de financiación:** Si existiera será declarado en este documento y/o explicado.

**Conflicto de intereses:** Si existiera será declarado en este documento y/o explicado.

Certifico que he contribuido directamente en la ejecución del trabajo presentado 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……………

FIRMA………………………………………...

NOMBRE……………………………………...

DNI N°………………………………………..