

Candidature pour l'attribution du Prix Dr LEE Jong-wook pour la santé publique

Partie I – a : Candidature d'un particulier

Cette partie ne doit PAS être remplie lorsqu'il s'agit de la candidature d'une institution ou d'une organisation.

| Renseignements personnels | |
|---------------------------|---|
| Prénom(s) : | Nom : |
| Adresse : | |
| Nationalité : | |
| Date de naissance : | Sexe : <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin |

| Coordonnées |
|--|
| Courriel(s) : |
| Numéro(s) de téléphone (y compris indicatifs du pays et de la ville) : |
| Télécopie : |
| Site Web (le cas échéant) : |

| Titres (fournir les renseignements par ordre chronologique inverse en commençant par le titre le plus récent) | | |
|---|-------------|----------------|
| Date (jj.mm.aaaa) | Institution | Titres obtenus |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Postes occupés (fournir les renseignements par ordre chronologique inverse en commençant par le poste actuellement occupé) | |
|--|-------|
| Date (jj.mm.aaaa) | Poste |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Prix et distinctions (bourses comprises) | | |
|--|--|--|
| Date (jj.mm.aaaa) | Organe décernant le prix ou la distinction | Désignation du prix ou de la distinction |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Partie I – b : Candidature d'une institution ou d'une organisation

Note : cette partie ne doit PAS être remplie lorsqu'il s'agit de la candidature d'un particulier.

| | | |
|--|---|---|
| Nom de l'institution ou de l'organisation : | | |
| Adresse du Siège : | | |
| Nom de l'Administrateur : | | |
| Courriel(s) : | | |
| Numéro(s) de téléphone <i>(y compris indicatifs du pays et de la ville) :</i> | | |
| Date de fondation de l'institution ou de l'organisation : | | |
| Site Web <i>(le cas échéant) :</i> | | |
| Objectifs statutaires et mission <i>(jusqu'à 100 mots) :</i> | | |
| Structure juridique et gouvernance <i>(jusqu'à 100 mots) :</i> | | |
| <p>Veillez indiquer le type d'entité</p> <p><input type="checkbox"/> Organisation non gouvernementale</p> <p><input type="checkbox"/> Établissement universitaire</p> <p><input type="checkbox"/> Fondation philanthropique</p> <p><input type="checkbox"/> Institution/organisation gouvernementale</p> <p><input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser :</p> | | |
| Principales activités : | | |
| Membres et organisations affiliés <i>(le cas échéant) :</i> | | |
| Principales sources de financement <i>(jusqu'à 100 mots) :</i> | | |
| Prix et distinctions : | | |
| Date <i>(jj.mm.aaaa)</i> | Organe décernant le prix ou la distinction | Désignation du prix ou de la distinction |
| | | |
| | | |
| | | |

Partie II : Justification de la nomination du candidat

1. Veuillez fournir des précisions sur les contributions exceptionnelles du candidat qui pourraient justifier l'attribution du Prix. Ces contributions à l'amélioration de la santé publique doivent refléter la volonté du [D^r LEE Jong-wook](#), sixième Directeur général de l'OMS, qui a consacré sa vie aux plus démunis, et elles doivent dépasser largement l'exercice normal des fonctions. Veuillez joindre d'autres feuilles si nécessaire.

2. Veuillez indiquer dans quelle mesure le candidat répond aux critères de sélection énoncés dans les [directives](#) relatives au prix.

3. Veuillez préciser comment la somme constituant le Prix sera utilisée afin de développer les activités décrites dans la partie précédente :

4. Si vous souhaitez fournir des documents supplémentaires à l'appui de votre candidature (maximum de 20 pages au total), veuillez fournir une liste des documents joints ici :

| | |
|--|---|
| Soumis par : | <input type="checkbox"/> Administration sanitaire nationale d'un État Membre de l'OMS |
| | <input type="checkbox"/> Ancien lauréat du prix |
| Nom et adresse de l'administration sanitaire nationale ou de l'ancien lauréat du prix qui présente la candidature : | |
| Nom et titre du représentant autorisé de l'administration sanitaire nationale ou de l'ancien lauréat du prix, le cas échéant (veuillez saisir ou écrire en lettres majuscules) : | |
| Courriel du signataire : | |
| En signant ce formulaire, le signataire confirme qu'il/elle est autorisé(e) à signer au nom de l'administration sanitaire nationale ou de l'ancien lauréat du prix, le cas échéant : <input type="checkbox"/> | |
| Signature : | Date : |

Note : si le signataire n'est pas en mesure de saisir son nom, veuillez indiquer le nom dactylographié soit dans une version Word du formulaire de candidature, soit dans la note verbale qui l'accompagne.