



Candidature pour l'attribution du Prix Sasakawa pour la santé

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 non gouvernementale.

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 II : Justification de la nomination du candidat

1. Veuillez fournir des précisions sur les travaux novateurs et les réalisations exceptionnelles du candidat en matière de développement sanitaire, tels que la promotion de programmes de santé spécifiques ou des avancées significatives dans le domaine des soins de santé primaires, qui pourraient justifier l'attribution du Prix au candidat et qui dépassent largement l'exercice des fonctions normales. 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 les parties précédentes :

4. Si vous souhaitez inclure d'autres documents pertinents à l'appui de la 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.