

## Candidatura para el Premio Sasakawa para la Salud

### Parte I-a: Para la candidatura de una persona física

Esta sección NO debe rellenarse si se nombra como candidata para el Premio a una institución o a una organización no gubernamental.

Información personal	
Nombre:	Apellido(s):
Dirección:	
Nacionalidad:	
Fecha de nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino

Señas de contacto
Correo electrónico:
Número(s) de teléfono <i>(incluidos los códigos del país y la ciudad)</i> :
Fax:
Sitio web <i>(si lo hubiere)</i> :

Calificaciones <i>(facilitense detalles completos por orden cronológico inverso, comenzando por la calificación más reciente)</i>		
Fecha <i>(dd.mm.aaaa)</i>	Institución	Calificación obtenida

Cargos anteriores <i>(facilitense detalles completos por orden cronológico inverso, comenzando por el cargo actual)</i>	
Fecha <i>(dd.mm.aaaa)</i>	Cargo

Premios y distinciones <i>(incluidas las becas)</i>		
Fecha <i>(dd.mm.aaaa)</i>	Órgano adjudicador	Nombre del premio o de la distinción

## Parte I-b: Para la candidatura de una institución o una organización no gubernamental (ONG)

Esta sección NO debe rellenarse si se nomina como candidata para el Premio a una persona física.

<b>Nombre de la institución o la ONG:</b>		
<b>Dirección de la sede:</b>		
<b>Nombre del Director General:</b>		
<b>Correo electrónico:</b>		
<b>Número(s) de teléfono</b> <i>(incluidos los códigos del país y la ciudad):</i>		
<b>Fecha de creación de la institución o la ONG:</b>		
<b>Sitio web</b> <i>(si procede):</i>		
<b>Objetivo(s) y misión estatutarios</b> <i>(100 palabras como máximo):</i>		
<b>Forma jurídica y gobernanza</b> <i>(100 palabras como máximo):</i>		
<b>Indíquese el tipo de entidad</b>		
<input type="checkbox"/> Organización no gubernamental		
<input type="checkbox"/> Institución académica		
<input type="checkbox"/> Fundación filantrópica		
<input type="checkbox"/> Institución gubernamental		
<input type="checkbox"/> Otra, sírvase describirla:		
Nota: El candidato debe haberse constituido como entidad independiente a través de estatutos o escrituras de constitución. No pueden optar al premio departamentos, programas u órganos de un Ministerio de Salud, por ejemplo.		
<b>Actividades principales</b> <i>(100 palabras como máximo):</i>		
<b>Membresías y afiliaciones</b> <i>(si procede):</i>		
<b>Principales fuentes de financiación</b> <i>(100 palabras como máximo):</i>		
<b>Premios y distinciones:</b>		
<b>Fecha</b> <i>(dd.mm.aaaa)</i>	<b>Órgano adjudicador</b>	<b>Nombre del premio o de la distinción</b>

**Parte II: Justificación de la designación del candidato**

1. Facilítense pormenores sobre la extraordinaria labor innovadora y los logros del candidato en la esfera del desarrollo sanitario, como la promoción de determinados programas de salud o notables adelantos en la atención primaria de salud, por los cuales se le considera merecedor del Premio y que trascienden el normal cumplimiento de sus funciones. Si es necesario, se pueden añadir más hojas.

2. Describanse los motivos por los cuales el candidato reúne los criterios de selección enunciados en las [Directrices](#) para el Premio.

3. Facilitense detalles sobre la manera como se utilizarán los fondos del premio para seguir desarrollando la labor descrita en las secciones anteriores:

4. Si desea aportar documentación adicional pertinente en apoyo de la candidatura (20 páginas en total como máximo), facilite aquí una lista de los documentos que se adjuntan:

Candidatura presentada por: <input type="checkbox"/> Administración nacional de salud de un Estado Miembro de la OMS <input type="checkbox"/> Antiguo ganador del Premio		
Nombre y dirección de la administración nacional de salud <input type="checkbox"/> del antiguo ganador del Premio que presenta la solicitud:		
Nombre y cargo del representante autorizado de la administración nacional de salud <input type="checkbox"/> del antiguo ganador del Premio, según corresponda (mecanografiado o en mayúsculas):		
Correo electrónico del firmante:		
Al firmar el formulario, el firmante ratifica que está autorizado a firmar en nombre de la administración nacional de salud <input type="checkbox"/> del antiguo ganador del Premio, según corresponda: <input type="checkbox"/>	Firma:	Fecha:

*Nota: si el firmante no puede escribir su nombre, sírvase indicar el nombre mecanografiado en una versión en Word del formulario de candidatura o en la nota verbal adjunta.*