**FUNDACIÓN INSTITUTO HIPÓLITO UNANUE**

 **PREMIO HIPÓLITO UNANUE A LOS MEJORES TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN LAS CIENCIAS DE LA SALUD”**

**ÁREA PROFESIONAL: ………………………………………………………………………………………………….**

Se ha recibido del Sr. Dr. …………………………………………………………………………………………………..

Tres ejemplares del trabajo:

………………................................................………………................................................................................................

.............................................................................................………………...........................................................................

Este trabajo se presenta para concursar al premio Hipólito Unanue, del presente año. El presente documento es la constancia de haberse recibido los tres ejemplares al concurso, debiendo presentarla para retirarlos en caso de no haber sido premiados. Quienes obtengan algún premio o mención honrosa, se obligan a dejar lo señalado en el artículo 21 del Reglamento.

R E F E R E N C I A S

1. Lugar donde se realizó la investigación: ………………………………………………………………………………..
2. Nombre de los profesionales o estudiantes que han intervenido como coautores:

1. Fecha en que concluyó el trabajo:

 …………………….................................................................................................………………………....................

1. El trabajo corresponde a la categoría:

 Profesional ( ) Estudiante ( )

1. En el caso de **t**esis indique el tipo:

 Doctorado ( ) Maestría ( ) Especialización ( ) Título Profesional ( )

1. El trabajo ha sido publicado o expuesto.

 SI ( ) NO ( )

¿Dónde? .................................................................................…………..…. ¿En qué fecha? …………………………

**DECLARACIÓN**

Declaro que el trabajo que presento al concurso convocado por la Fundación Instituto Hipólito Unanue, no ha sido premiado por concepto igual o equivalente al premio de esta convocatoria, ni en el país ni en el extranjero. Asimismo, declaro que soy autor del mismo, conjuntamente con

................................................................................................................................................................................................

En fe de lo cual firmo, el día ……………………………………………………………………………………………….

 ..............................................................................

 (FIRMA)

 DNI. No. ………………………………………..

 Dirección: ……………………………………….

 Teléfono: ………………………………………..

 e-mail: …………………………………………..

………..........................….........................................

FUNDACIÓN INSTITUTO HIPÓLITO UNANUE

No. …...