



Ministerio de Salud



BANCO MUNDIAL PERÚ



### FORMATO A

#### Numero del Postulante

(Para ser llenado por la persona que registra)

--	--	--	--	--

Datos del Postulante	
A. Nombre del Postulante o Postulantes	
B. Integrantes del Equipo (si corresponde)	
C. Dirección	
Centro Poblado	
Distrito	
Provincia	
Región	
D. Teléfono / Fax	
E. Correo electrónico	

#### Declaración Jurada de el/los participantes

Yo.....

identificado con DNI No. ...., declaro formalmente que:

1. Conozco las Bases del concurso y acepto las decisiones del Jurado.
2. Aseguro que toda la información consignada en la presente solicitud es veraz, completa y exacta y no comprende información de propiedad de terceros. Cualquier inexactitud no compromete la responsabilidad de los organizadores del Concurso, que podrían incluir mi/nuestra descalificación.
3. Autorizo expresamente a los organizadores la difusión de los resultados y contenidos de la receta postulada, así como cualquier información / material adicional que presente.  
Este documento tiene carácter de declaración jurada y es prueba del compromiso asumido por el/los postulantes de compartir y difundirlos.

Fecha a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del 2009

<b>Nombre del Postulante</b>	Firma
<b>Nombre del Postulante</b>	Firma
<b>Nombre del Postulante</b>	Firma