



**SOLICITUD-DE INCLUSIÓN EN EL REGISTRO DE DISTINCIONES, PREMIOS Y RECONOCIMIENTOS A PROFESIONALES, INSTITUCIONES O EQUIPOS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LA REGIÓN DE MURCIA.**

**1. IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL/INSTITUCIÓN/EQUIPO**

NOMBRE DEL PROFESIONAL, INSTITUCIÓN O EQUIPO SOLICITANTE

|  |
|--|
|  |
|--|

DATOS DE CONTACTO

Responsable (Nombre/ puesto):

Dirección postal:

Teléfono(s):

Correo electrónico:

|  |
|--|
|  |
|--|

**2. DESCRIPCIÓN DE LA DISTINCIÓN, PREMIO O RECONOCIMIENTO**

DENOMINACIÓN DEL PREMIO

|  |
|--|
|  |
|--|

ENTIDAD QUE LO OTORGA

|  |
|--|
|  |
|--|

AÑO DE CONCESIÓN

|  |
|--|
|  |
|--|

RECEPTOR DEL PREMIO (institución,s ervicio, unidad, grupo de trabajo, profesional...)

|  |
|--|
|  |
|--|



ALCANCE Y MOTIVO DE LA CONCESIÓN (resultados práctica asistencial, por resultados asistenciales o de salud, por resultados gestores, por organización del trabajo, por calidad científico técnica, por aspectos sociales, relacionados con tecnologías médicas, con las tecnologías de la información, con el medio ambiente, con la responsabilidad social corporativa, por eficiencia económica, de investigación o desarrollo, honoríficos, por trayectoria profesional, prestigio, u otros méritos)

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA