**SOLICITUD Y ACEPTACIÓN DE CONDICIONES PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL III PREMIO NACIONAL A LA INVESTIGACIÓN REALIZADA POR MEDICOS RESIDENTES 2017-2018**

Miraflores, **XX** de **XXXX** de 2017

**Señora Doctora**

**Claudia Ugarte Taboada**

**Presidenta del Consejo Nacional de Residentado Médico**

**Presente.-**

Es grato dirigirme a Ud. para saludarla y al mismo tiempo para presentar al III *Premio Nacional de Investigación Realizado por Médicos Residentes 2017-2018;* el trabajo de investigación titulado **“XXXXXXXXXXXXXXX”** para el área **XXXXXXX** del concurso.

Al respecto declaro, en nombre de los autores, que conocemos y aceptamos las condiciones del concurso señaladas en las *Bases del III Premio Nacional a la Investigación Realizada por Médicos Residentes 2017-2018,* y asimismo, en caso de publicación, manteniendo nuestros derechos de autoría intelectual, autorizamos la publicación del resumen del trabajo en cualquier formato impreso o electrónico que devenga de la celebración del concurso.

Del mismo modo, señalamos que el trabajo de investigación presentado es un documento original y no ha sido publicado, total ni parcialmente, en otra revista científica o presentado y aceptado en congreso científico u actividad académica de naturaleza similar a la que motiva la presente; no es producto de fraude científico, plagio ni vicios de autoría y no será presentado a otra actividad de naturaleza similar hasta la publicación de los resultados del presente concurso. En caso de cualquier contravención a lo señalado, en representación de todos los autores, eximo de toda responsabilidad al Consejo Nacional de Residentado Médico; y nos declaramos solidariamente responsables de cualquier consecuencia que derivara de ella.

En señal de conformidad firman la presente el conjunto de autores.

**1er Autor.** Nombre y apellidos completos:

 Sede y universidad:

 Especialidad:

 Año en curso:

 Dirección:

Correo electrónico:

Teléfono:

Contribuciones de autoría:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

**2do Autor.** Nombre y apellidos completos:

 Médico Residente en:

 Año en curso:

 Dirección:

Correo electrónico:

Teléfono:

Contribuciones de autoría:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

**3er Autor.** Nombre y apellidos completos:

 Médico Residente en:

 Año en curso:

 Dirección:

Correo electrónico:

Teléfono:

Contribuciones de autoría:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

**CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA:**

*Para describir las contribuciones de autoría basta con señalar las letras según corresponda:*

a. Concepción y diseño del artículo.

b. Recolección / obtención de resultados.

c. Análisis e interpretación de datos.

d. Redacción del artículo.

e. Revisión crítica del artículo.

f. Aprobación de su versión final.

g. Aporte de pacientes o material de estudio.

h. Obtención de financiamiento.

i. Asesoría estadística.

j. Asesoría técnica o administrativa.