

## ANEXO 1

### Formulario de postulación

El presente formulario tiene por objetivo registrar a los grupos de trabajo interesados en participar en el concurso "DIVULGA-RAM". Por favor complete la información solicitada y **adjunte la copia del carnet<sup>1</sup> estudiantil vigente de cada uno de los integrantes, así como, el carnet<sup>2</sup> docente del profesor que respalda la iniciativa.** De preferencia el docente debe estar asociado a las áreas relacionadas a las temáticas de la Resistencia a los Antimicrobianos-RAM.

Fecha de presentación: \_\_\_\_\_

#### **1.- DATOS PERSONALES DE LOS POSTULANTES:**

**(Por favor incluya la información de todos los integrantes del grupo, máximo 4 personas)**

**Nombre:**

---

Apellidos	Nombres
-----------	---------

**Cédula de identidad:**

---

**Edad:**

---

**Teléfono convencional o celular:**

---

---

<sup>1</sup> Usted puede presentar copia del carnet u otro documento oficial que respalde ser estudiante matriculado en una institución de educación superior.

<sup>2</sup> Usted puede presentar copia del carnet u otro documento oficial que respalde ser docente en una institución de educación superior.

**Correo electrónico:**

---

**Ciudad y provincia en la que reside:**

---

**Nombre de la universidad/instituto, carrera y año/semestre de estudio**

---

**Nombre:**

---

Apellidos	Nombres
-----------	---------

**Cédula de identidad:**

---

**Edad:**

---

**Teléfono convencional o celular:**

---

**Correo electrónico:**

---

**Ciudad y provincia en la que reside:**

---

**Nombre de la universidad/instituto, carrera y año/semestre de estudio**

---

**(Agregar de acuerdo al número de miembros del grupo postulante)**

**2. DESCRIPCIÓN DE LA INICIATIVA (máximo 250 palabras)**

**NOMBRE DE LA INICIATIVA:**

*Por favor describa brevemente la idea que intentará plasmar en el video, recuerde que este debe estar dirigido a niños o jóvenes para educar acerca de inocuidad, prevención, concientización, educación, riesgos y buenas prácticas en torno a la temática de RAM*

**3. INFORMACIÓN DEL DOCENTE UNIVERSITARIO QUE RESPALDA LA INICIATIVA**

a. **Nombre:**

---

Apellidos

Nombres

**Cédula de identidad:**

---

**Teléfono convencional o celular:**

---

**Correo electrónico:**

---

**Ciudad y provincia en la que reside:**

---

**Nombre de la universidad/instituto en el que trabaja y nombre de una de las materias que imparte:**

---

**DECLARACIÓN:** DECLARO BAJO JURAMENTO Y RESPONSABILIDAD QUE, todos los datos que incluyo en el **Formulario de postulación**, son verdaderos, por lo que autorizo a que sea sujeta de verificación y asumo cualquier responsabilidad futura. Acepto que esta postulación sea anulada en caso de comprobar falsedad o inexactitud en alguna de sus partes, y me sujeto a las normas establecidas por la Institución y otras disposiciones legales vigentes.

---

**Nombre del / la postulante**

---

**Firma**

---

**Nombre del / la postulante**

---

**Firma**

---

**Nombre del / la postulante**

---

**Firma**

---

**Nombre del / la docente**

---

**Firma**

**IMPORTANTE:** Entregar este formulario con todos sus adjuntos en forma digital (PDF) al correo electrónico [redes@senescyt.gob.ec](mailto:redes@senescyt.gob.ec). Considere que el correo acepta hasta 2MB, de requerir puede remitir este formulario a través de un enlace asociado a servicios en la nube.