

## **Anexo I: Solicitud de Participación al Premio Nacional de Investigación Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica**

Título del proyecto:

---

Nombre de solicitante(s):

---

Nombre de autor(es) y coautor(es):

---

Nombre de quien(es) presenta(n) el trabajo:

---

---

Identificación: \_\_\_\_\_ Código CCDCR (si aplica): \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono Oficina: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Área Odontológica en que se enmarca el estudio: \_\_\_\_\_

Tipo de centro donde se realizó la investigación:

*Hospital Público*

*Hospital Privado*

*Clínica Pública*

*Clínica Privada*

*Universidad Pública*

*Universidad Privada*

*Otro:* \_\_\_\_\_

Nivel de participación

*Estudiante*    *Odontólogo colegiado*

*Odontólogo postgraduado colegiado (incluye estudiantes de postgrado)*

Categoría a concursar

*Investigación básica*

*Casos clínicos*

*Investigación clínica*

*Investigación epidemiológica*

---

Nombre y firma del investigador responsable

---

Fecha