

CARTA AUTORIZACIÓN

**PREMIO NACIONAL DE SALUD, A.C.**  
**A quien corresponda**

Por medio del presente escrito autorizo a los organizadores del PREMIO NACIONAL DE SALUD 2019 a **PUBLICAR, PROMOCIONAR Y DIFUNDIR** el nombre del PROYECTO, el nombre de las personas PARTICIPANTES, el Resumen Ejecutivo de la acción o actividad y/o los aspectos más relevantes de mi postulación en las memorias del Concurso.

Asimismo, manifiesto que en mi participación en el concurso para obtener el Premio Nacional de Salud 2019, no tengo conflictos de intereses, no mantengo ningún problema legal con ninguna autoridad o instancia pública o privada, así como no existen elementos que se contrapongan o puedan restar credibilidad al Reconocimiento que pretendo obtener, ni por la autoría del PROYECTO con el que estoy concursando.

Nombre y Firma: