|  |
| --- |
| **COMUNIDACIONES DE EXPERIENCIAS A LAS I JORNADAS DE INNOVACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID** |

Por favor, rellene el siguiente formulario, y una vez cumplimentado hágalo llegar por mail a la dirección: convocatorias.fiibap@salud.madrid.org. **Plazo envío formulario: hasta el 10 de mayo.**

|  |
| --- |
| 1. **Título** ( en mayúsculas )
 |
|   |

|  |
| --- |
| 1. **Autores**
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido** |  |
| **Inicial del nombre** |  |
| **Centro** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido** |  |
| **Inicial del nombre** |  |
| **Centro** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido** |  |
| **Inicial del nombre** |  |
| **Centro** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido** |  |
| **Inicial del nombre** |  |
| **Centro** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido** |  |
| **Inicial del nombre** |  |
| **Centro** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido** |  |
| **Inicial del nombre** |  |
| **Centro** |  |

|  |
| --- |
| 1. **Contenido del resumen**
 |
|  **Justificación** |  |
|  **Objetivos** |  |
| **Descripción de la experiencia** |  |
| **Resultados / conclusión** |  |