A preencher pelo Secretariado

Nº de Entrada

Data

Nª Contribuinte: 502 655 658

BOLSA APED DE APOIO À FORMAÇÃO NA ÁREA DA DOR 2025

Prazo de candidaturas/receção dos projetos de formação a concurso:

Informação relativa à identificação

Por favor preencha em letras maiúsculas

Nome Completo

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_

Idade **Nacionalidade**

|_|_|_|_|_|_ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Licenciatura / Universidade

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_

Local de Trabalho, Instituição

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_

Morada, para envio de correspondência

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_

Código Postal **Localidade**

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_

Telefone/ Telemóvel **e-mail**

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Informação relativa ao projeto de estágio

- ✓ Identificação do local de estágio: Sim ❑ Não ❑
- ✓ Justificação da seleção do local de estágio: Sim ❑ Não ❑
- ✓ Descrição do objetivo do estágio e do valor acrescentado para o colaborador e para a equipa em que se integra: Sim ❑ Não ❑
- ✓ Informação sobre os conteúdos do programa de estágio e duração do mesmo: Sim ❑ Não❑

Documentação

- ✓ Curriculum vitae: Sim ❑ Não ❑
- ✓ Duas cartas de recomendação: Sim ❑ Não ❑
- ✓ Declaração de autorização da (s) instituição (ões) onde o candidato exerce funções para a frequência do estágio: Sim ❑ Não ❑
- ✓ Declaração de autorização da (s) instituição (ões) de destino para frequência do estágio: Sim ❑ Não ❑
- ✓ Declaração que o candidato exerceu funções clínicas de forma continuada no decorrer dos últimos 12 meses - Nas Bolsas para estágio na área da dor, na vertente clínica: Sim ❑ Não ❑

Prazo de candidaturas/receção dos projetos de formação a concurso até 23:59 TMG de 4 de Junho de 2025.