

FORMULÁRIO DE PRÉ-CANDIDATURA PESSOAL NÃO DOCENTE ERASMUS/ ERASMUS STT PRÉ-APPLICATION

Este formulário deverá ser preenchido a PRETO para facilitar a sua reprodução e/ou o envio por e-mail ou fax /
This application should be completed in BLACK in order to be easily copied e-mailed and/or faxed.

ANO ACADÉMICO/ACADEMIC YEAR: 20____/20____

INSTITUIÇÃO DE ORIGEM / SENDING INSTITUTION:

ERASMUS CODE: _____

Nome e Morada Completa da Instituição de Origem / Name and Full Address of Sending Institution: _____

Pessoa Responsável – nome, função, telefone, fax e email / Responsible Person – name, function, telephone, fax number and email: _____

INSTITUIÇÃO DE ACOLHIMENTO / ORGANIZAÇÃO / RECEIVING INSTITUTION / ORGANIZATION:

ERASMUS CODE: (if applicable) _____

Nome e Morada Completa da Instituição/Organização de Acolhimento/ Name and Full Address of the Receiving Institution/Organization: _____

Pessoa Responsável – nome, função, telefone, fax e email / Responsible Person – name, function, telephone, fax number and email: _____

DADOS PESSOAIS / PERSONAL DATA:

Nome Completo:/Full Name: _____

Data de Nascimento / Date of Birth: _____

Nacionalidade / Nationality: _____

Morada Atual / Current Address: _____

NIF/Tax Number: _____

N.º CC/BI ou Passaporte /ID Card or _____

Válido até / Valid until: _____

IBAN (International Bank Account _____

Telefone / Telephone: _____

Telemóvel / Mobile phone: _____

Email: _____

PERFIL / PROFILE:

Categoria profissional /Professional Category : _____

Serviço/Departamento/Service/Department: _____

Ano de início de funções na ESAI:/ Year of beginning service in ESAI: _____

Habilitações literárias/ Education level: _____

Candidatura pela primeira vez/ First time application: Sim/Yes Não/No

Se não, Ano letivo da última participação no Erasmus/If not, last school year participation in Erasmus: _____

Nº de participações na mobilidade Erasmus/Number of participations in Erasmus mobility: _____

EXPONHA AS PRINCIPAIS RAZÕES QUE O LEVARAM A CANDIDATAR-SE / BRIEFLY STATE THE REASONS WHY YOU WISH TO APPLY:

CONHECIMENTOS LINGUÍSTICOS / LANGUAGE COMPETENCE:

Língua Materna / Mother Tongue: _____

Língua de instrução (se diferente) / Language of instruction (if diferente): _____

Outras Línguas / Other Languages	Sem competências/ No skills	Inicial/ Beginner	Intermédio/ Intermediate	Avançado/ Advanced
Português/Portuguese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inglês/English	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Francês/French	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alemão/German	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espanhol/Spanish	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra/Other:				

DADOS SOBRE A MOBILIDADE/MOBILITY DATA

Língua de instrução:/ Language of instruction: _____

Objetivos Gerais da Mobilidade /
General Objectives of Training Staff Mobility
Valor acrescentado da Mobilidade (tanto para a Instituição de
Origem como para a de Acolhimento) /
Benefits of Training Staff Mobility for both Institutions
Conteúdo do Programa de Formação / Atividades
Programme Activities of Training Staff Mobility/Activities
Resultados esperados e impacto (a nível do desenvolvimento
profissional) *Expected outcomes and impact (e.g. on the
professional development of the staff member)***Observações**
/ Notes:

PERÍODO DE MOBILIDADE/MOBILITY PERIOD

Tipo de Mobilidade:/Type of Mobility:

- Formação/ Training
- Formação em Posto de Trabalho/Job Shadowing
- Workshop/ Workshop
- Outro/ Other

Duração da Mobilidade/Duration of Mobility: _____ (semanas/weeks)

(Os dias de viagem não são elegíveis, exceto se forem dias efetivos de aulas./Travel days are not eligible, unless they are effective days of training).

Datas/Dates: de/from _____ a/to _____ (se disponíveis/when available).

País/Country: _____ Localidade:/Place: _____

Meio de Transporte:/Transportation: _____

A utilização de viatura própria deverá ser em caso excecional e devidamente justificado. Para além disso, carece de autorização prévia da Agência Nacional PROALV./The use of own car is exceptional and duly justified cases only, subject to prior authorization from the National Agency.

ALOJAMENTO/ACCOMODATION

Gostaria de ter apoio na procura de alojamento?/ Would you like to have support in finding accommodation?

- Sim/Yes
- Não/No

Se sim, indique:/If yes, please indicate:

- Residência Universitária/University Hall
- Hotel/Hotel

Duração da estadia/Duration of the stay: _____ (semanas/weeks)

Data de chegada:/Arrival date _____ Data de partida:/Departure date: _____

Informações sobre as condições de alojamento podem ser solicitadas ao Departamento de Desenvolvimento e Relações Internacionais - DDRI./Information about accommodation conditions (location/prices) can be requested to the Development Department and International Relations - DDRI.

INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR/COMPLEMENTARY INFORMATION

Tem alguma doença que necessite de cuidados/assistência especiais? Se sim, indique quais./ Do you have any health problem needing special care/attention? If so, please indicate which.

ANEXOS/ATTACHMENTS

- Fotocópia do Bilhete de identidade / Cartão de Cidadão e NIF/Identification Card and Tax Number Card copy.
- Fotocópia do Passaporte (se aplicável)/ Passport copy (if applicable)
- IBAN (se aplicável) / IBAN (if applicable)
- Versão resumida do CV (máx. 2 páginas, em inglês)/ A short version of CV (2 pgs max., in English).
- Staff Mobility For Training/Teaching Mobility Agreement assinado pelas 3 partes (Colaborador, IES de Origem e Instituição/ Organization de acolhimento./Staff Mobility For Training/Teaching Mobility Agreement signed by the 3 parties (Staff Member, Sending HEI and by the Receiving Institution/Organization)
- Ficha de Beneficiário Não Docente assinada pelo Coordenador Erasmus e pelo Colaborador / STT Beneficiary Sheet signed by the Erasmus Coordinator and by the Staff Member

N.B.: Após a Mobilidade:

- Certificado Erasmus+ Staff mobility for Training and Teaching Assignment
- Submissão Online do Relatório Final Erasmus/ Online submission of the Final Erasmus Report

Assinatura do Candidato / Applicant 's Signature _____ Data/Date: _____

INSTITUIÇÃO DE ORIGEM / SENDING INSTITUTION

Confirmamos a aprovação da Candidatura. / We confirm that the Application is accepted.

Nome:/Name: _____

Cargo:/Function: _____

Assinatura do Representante da Instituição de Origem/
Sending Institution's Representative Signature

Carimbo da Instituição de Origem/ Sending Institution's Stamp

Data/Date _____

Data/Date _____