



Escola Superior de
Actividades Imobiliárias

FORMULÁRIO CANDIDATURA PESSOAL DOCENTE (STA)/ ERASMUS APPLICATION (STA)

Este formulário deverá ser preenchido a PRETO / This application should be completed in BLACK.

ANO ACADÉMICO/ACADEMIC YEAR: 20___/20___

- Tipo de Mobilidade:/Type of Mobility:** Missões de Ensino/Erasmus Teaching Assignments
 Formação em Instituição de Ensino Superior/Erasmus Training In Higher Education Institutions
 Formação em Empresa ou Organização/ Erasmus Training In Entreprises or Organization

ÁREA DE ESTUDO / FIELD OF STUDY: _____ CODE/CÓDIGO _____

INSTITUIÇÃO DE ORIGEM / SENDING INSTITUTION: _____ **ERASMUS CODE:** _____ **P LISBOA115**

Nome e Morada Completa da Instituição de Origem / Name and Full Adress of Sending Institution:
SPESI – Sociedade de Promoção de Ensino Superior Imobiliário – ESAI, Escola Superior de Actividades Imobiliárias
Praça Eduardo Mondlane, 7C – Marvila,1950-104 Lisboa

Coordenador ERASMUS – nome, telefone, fax e email / ERASMUS Coordinator – name, telephone, fax number and email:
Vitor Reis, T. 21 836 70 10 Fax: 21 836 70 19 Email: vitorreis@esai.pt

INSTITUIÇÃO DE ACOLHIMENTO /ORGANIZAÇÃO/ RECEIVING INSTITUTION/ORGANIZATION: _____ **ERASMUS CODE:(if applicable)** _____

Nome e Morada Completa da Instituição/Organização de Acolhimento/ Name and Full Adress 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 Passport: _____ Válido até / Valid until: _____

Telemóvel/Mobile phone: _____ Email _____

Bank account where the financial support should be paid: _____

Bank account holder (if different than participant): _____

Bank name: _____ Clearing/BIC/SWIFT number: _____

Account/IBAN number: _____

PERFIL / PROFILE:

Categoria profissional /Professional Category : _____

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

Principais áreas de ensino:/ Main teaching area(s): _____

Principais áreas de investigação:/ Main research area(s): _____

PERÍODO DE MOBILIDADE/MOBILITY PERIOD

Duração da Mobilidade/Duration of Mobility: _____ (dias/days)

Se aplicável, [2] dias de viagem serão adicionados à duração do período de mobilidade e incluídos no cálculo do apoio individual. / If applicable, [2] travel days shall be added to the duration of the mobility period and included in the calculation of the individual support.

Datas/Dates: de/from ___/___/___ a/to ___/___/___

DADOS SOBRE A MOBILIDADE/MOBILITY DATA

Área de Estudo a lecionar na instituição de acolhimento:/Study Area to teach at the host institution: _____

Língua de Ensino:/ Teaching Language: _____

Grau académico do curso a lecionar na instituição de acolhimento:/Academic degree course teaching at the host university: _____

Objetivos Gerais da Mobilidade /
Overall objectives of the Mobility

Valor acrescentado da Mobilidade no contexto das estratégias de modernização e internacionalização das instituições envolvidas / Added value of the Mobility (in the context of the modernisation and internationalisation strategies of the institutions involved)

Conteúdo do Programa de Ensino /
Content of the Teaching Programme

Resultados esperados e impacto (a nível do desenvolvimento profissional dos docentes e competências dos estudantes em ambas as instituições) / Expected outcomes and impact (e.g. on the professional development of the teaching staff member and on the students' competences at both institutions)

Observações
/ Notes:

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

Duração da estadia/Duration of the stay: _____ (dias/days)

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

SEGURO/INSURANCE

A Instituição de origem deve certificar-se de que o participante tem uma cobertura de seguro adequada, fornecendo ao participante as informações e apoio relevantes para subscrever o seguro por conta própria /The organisation shall make sure that the participant has adequate insurance coverage by providing the participant with the relevant information and support to take out the insurance on their own. Sim/Yes Não/No



Escola Superior de
Actividades Imobiliárias

Cobertura mínima: Seguro de Acidentes Pessoais (viagem, assistência médica, repatriamento, responsabilidade civil / Minimum insurance coverage: Personal Accident Insurance (travel, medical assistance, repatriation, civil liability) Sim/Yes Não/No

O responsável pela contratação do seguro é o participante/ The responsible party for taking out insurance coverage is the participant.
 Sim/Yes Não/No

ANEXOS/ATTACHMENTS

Para a Candidatura / For the Application:

- Cópia do Documento de Identificação e NIF/Identification Card and Tax Number Card copy.
- Comprovativo de IBAN / IBAN

Para a elaboração do Acordo “Grant Agreement”/ For the Grant Agreement:

- Cópia do Cartão Europeu de Seguro de Doença / Copy of the European Health Insurance Card
- Comprovativo da aquisição de seguro, no mínimo “Seguro de Acidentes Pessoais”/ Proof of insurance policy minimum coverage “Personal Accident Insurance”
- Comprovativo da aquisição da viagem / Proof of travel purchase

Após a Mobilidade/ After Mobility:

- Certificado/Certificate Erasmus⁺ Staff mobility for Teaching
- Submissão Online do Relatório Final Erasmus/ Online submission of the Final Erasmus Report
- Entrega da(s) fatura(s) referente a transportes e bilhetes/talões de embarque originais/ Delivery of invoice(s) for transport and original tickets/boarding passes.

Assinatura do Candidato / Applicant´s Signature _____ Data/Date: ____ / ____ / 20__

INSTITUIÇÃO DE ORIGEM / SENDING INSTITUTION

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

Nome:/Name: Julie Marie Jeanne Lefebvre
Cargo:/Function: Presidente do Conselho de Administração

Carimbo e Assinatura do Representante da Instituição de Origem/
Stamp and Sending Institution´s Representative Signature

Data/Date: ____/____/20__