



A preencher pelos serviços

N.º Registo:

Anexo II

Data: / /

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE APOIO

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome / Designação **Francisco José Silva Ribeiro / Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina de Lisboa - Departamento de Saúde**

NPC/NIF 5 0 1 2 3 4 2 0 9

BI/CC* 1 5 6 8 7 2 1 1

N.º Registo
BDAA

Sexo*

M F

*A preencher por pessoas singulares

Morada **Avenida Prof. Egas Moniz, Hospital de Santa Maria, Piso 01**

Código Postal 1 6 4 9 - 0 3 5 Localidade **Lisboa**

Telefone

Telemóvel **965596636**

Fax

E-mail **noitedamedicina@aefml.pt**

Contacto Preferencial / Função **Francisco Ribeiro / Coordenador Geral**

II. APOIO

Área de apoio do pedido Social Cultural Desportiva Recreativa Outra

Tipo(s) de apoio a que se refere o pedido

- Apoio financeiro à atividade com vista à continuidade ou incremento de projetos
- Apoio financeiro para obras de construção, conservação ou beneficiação de instalações
- Apoio financeiro na aquisição de equipamentos sociais, desportivos, culturais, recreativos ou outros
- Apoio não financeiro:
- Cedência de equipamentos
 - Espaços físicos
 - Meios técnicos e logísticos
 - Outros Indique qual: _____

III. DOCUMENTOS EM ANEXO

- Descrição dos projetos ou atividades, objetivos a atingir, meios humanos e identificação das fontes de apoio financeiro, patrimonial e logístico
- Orçamento discriminado
- Cronograma financeiro
- Cronograma de execução física
- Descrição da experiência similar em projetos idênticos
- Certidões comprovativas da situação contributiva regularizada perante o Estado e a Segurança Social
- Relatório de atividades e contas referentes ao último exercício económico e respetiva ata de aprovação

Anexo II - (CONTINUAÇÃO)
FORMULÁRIO DE PEDIDO DE APOIO

- Indicação dos apoios recebidos no âmbito do objeto do pedido e respetivas datas
- Declaração sob compromisso de honra quanto à não condenação nos tribunais por factos relativos à prossecução dos seus objetivos
- Declaração sob compromisso de honra que o apoio solicitado se destina, exclusivamente aos projetos ou atividades objeto do pedido de apoio
- Outros

Outros documentos em anexo:


Confirmação dos Serviços:

O REQUERENTE

Representantes Legais Duarte Tude de Gusmão e Barros Brito Graça

Nome: Francisco José Silva Ribeiro	Função: Coordenador Geral	BI/CC n.º: [REDACTED]
Nome:	Função:	BI/CC n.º:
Nome:	Função:	BI/CC n.º:

Pessoas Singulares

Data	Assinatura e carimbo
	

associação de estudantes da faculdade
de medicina de lisboa