

A preencher pelos serviços



N.º Registo:

Anexo II

Data: / /

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE APOIO

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome / Designação

Associação Mundo Nôbu

NPC/NIF

517875969

BI/CC*

N.º Registo
BDAA

Sexo*

M F

*A preencher por pessoas singulares

Morada

Código Postal

1600-226

Localidade

S. Domingos Benfica - Lisboa

Telefone

938 362 276

Telemóvel

938 362 276

Fax

E-mail

estamosjuntos@mandunobu.org

Contacto Preferencial / Função

969 105 555 - Diretora Executiva

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

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

Outros documentos em anexo:

Confirmação dos Serviços:

O REQUERENTE

Representantes Legais		
Nome: <i>Ciliana Valpuços G. de Campos</i>	Função: <i>Dr. Executiva</i>	BI/CC n.º: [REDACTED]
Nome:	Função:	BI/CC n.º:
Nome:	Função:	BI/CC n.º:

Pessoas Singulares

Data <i>27-08-2024</i>	Assinatura e carimbo 
---------------------------	--