

A preencher pelos serviços



N.º Registo:

Anexo II

Data: / /

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE APOIO

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome / Designação

Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina de Lisboa

NPC/NIF

5 0 1 2 3 4 2 0 9

BI/CC*

N.º Registo
BDAA

**A preencher por pessoas singulares*

Morada

Avenida Professor Egas Moniz - Hospital Santa Maria, Piso 01

Código Postal

1 6 4 9 - 0 3 5

Localidade

Lisboa

Telefone

217818890

Telemóvel

██████████

Fax

E-mail

corrida.saude@aefml.pt

Contacto Preferencial / Função

Joana Jacob, Coordenadora Geral

II APOIO

Área de apoio do pedido

Social

Cultural

Desportiva

X

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: _____

Anexo II - (CONTINUAÇÃO)
FORMULÁRIO DE PEDIDO DE APOIO

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
- Relatório de atividades e contas referentes ao último exercício económico e respetiva ata de aprovação
- 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:

IV. DADOS BANCÁRIOS

Número de Identificação Bancária

Instituição Bancária

Balcão

Confirmação da Instituição Bancária

(Data, carimbo e assinatura)

O REQUERENTE

Representantes Legais

Nome: Joana Jacob

Função: Coordenadora Geral

BI/CC n.º:

Nome:

Função:

BI/CC n.º:

Nome:

Função:

BI/CC n.º:

Pessoas Singulares

Data

04/04/2026

Assinatura e carimbo

Joana Jacob