



FUNDO DE APOIO À FORMAÇÃO MÉDICA
REQUERIMENTO PARA ATRIBUIÇÃO DE FINANCIAMENTO
A CURSO DE FORMAÇÃO

Cédula Profissional da OM nº: |_|_|_|_|_|_|_|

Nome: _____

Morada: _____

N.º Identificação Fiscal |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Categoria Profissional: Interno do |_| ano da Formação Específica de _____

Médico especialista em _____

Inscrito no Colégio da Especialidade: Sim Não

Médico autónomo sem especialidade.

Local de formação/exercício profissional: _____

Solicita financiamento para a frequência do seguinte curso de formação: _____

promovido por/pela: _____

Local: _____

Síntese do objetivo formativo do curso: _____

Síntese do benefício para a formação/exercício profissional: _____

ANEXO:

- Breve curriculum vitae (máximo - página A4 com 2.500 caracteres incluindo espaços)

- Memorando de motivação para a frequência do curso (máximo – 1.250 caracteres incluindo espaços)

- Programa do curso a frequentar

- Previsão de despesas a haver com a deslocação e a inscrição

- Declaração de honra do não recebimento de qualquer outro financiamento ou prémio

- Outro: _____

- Outro: _____

_____, ____ - ____ - ____
Local e data (de apresentação do requerimento)

Assinatura do requerente