

**PROGRAMA DE APOIO AO ASSOCIATIVISMO
CONCELHO DE TORRES NOVAS**

CANDIDATURA AO APOIO INSTITUCIONAL

1. Identificação

Nome/Designação: _____ NIPC/NIF: _____

Morada: _____ Localidade: _____

Código Postal: _____ - _____ Freguesia: _____ Telefone: _____

E-mail: _____ Site Internet: _____

Data do pedido: ____/____/____

Designação do projeto: _____

Duração: _____ Data(s) de realização: _____

Números de formandos: _____

Nome do professor/monitor responsável: _____

Idade: _____ Residência em: _____ (indicar localidade)

Experiência profissional: _____

Curriculum académico: _____

Curriculum artístico: _____

Contatos: _____

Data: ____/____/____ A direção: _____

(Autenticado com o carimbo da direção)

2. A preencher pelos serviços

Receção da candidatura: ____/____/____ Recebida por: _____

Anexar, se necessário:

Outros elementos curriculares do formador-coordenador ou de outros formadores.

