

PROGRAMA DE APOIO AO ASSOCIATIVISMO  
CONCELHO DE TORRES NOVAS

RELATÓRIO DE ATIVIDADE - atividade regular | atividade pontual

**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: \_\_\_\_\_

Local ou locais: \_\_\_\_\_

**2. Âmbito e objetivos**

Descrição do projeto: \_\_\_\_\_

---

---

---

Objetivo (finalidade): \_\_\_\_\_

---

---

---

**3. Pessoas envolvidas**

Números de pessoas da associação envolvidas na execução do projeto: \_\_\_\_\_

População/público alvo (indicar número aproximado): \_\_\_\_\_

Idades Todas  Crianças  Jovens  Adultos  Idosos

Observações: \_\_\_\_\_

Residência do público alvo (assinalar com cruz a(s) opção(ões) correspondente(s))

Aldeia  Freguesia  Concelho  Cidade  Localidades  limítrofes  Outra

Qual? \_\_\_\_\_ Todas as anteriores

## 4. Recursos

### 4.1 Logísticos e técnicos

	Designação	Funcionalidade
Existentes na associação		
Cedidos por patrocinadores ou colaboradores		
A adquirir		
A garantir pelos benefícios do projeto		

### 4.2 Humanos

Nome	Entidade que representa	Funções (tarefas específicas na execução do projeto)	Contrapartida da colaboração (a)

(a) do patrocinador ou da(s) entidade(s) que colabora(m) na execução do projeto

### 4.2 Humanos

Receitas	Valor (em €)
Comparticipação dos beneficiários do projeto	
Comparticipação da associação	
(b)	
(b)	
(b)	
(b)	
(b)	
Total	

(b) outras participações, a discriminar (ex: donativos, apoios de entidades públicas ou privadas, etc...)



## 7. Responsabilidade

Nome do responsável: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Residência em: \_\_\_\_\_ (indicar localidade)

Experiência profissional: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Experiência associativa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Outros elementos julgados pertinentes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Contato(s): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome do responsável: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Residência em: \_\_\_\_\_ (indicar localidade)

Experiência profissional: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Experiência associativa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Outros elementos julgados pertinentes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Contato(s): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nota: Eventuais alterações às listas orientadoras do projeto terão de ser acordadas com os serviços.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A direção: \_\_\_\_\_

(Autenticado com o carimbo da direção)

## 8. A preencher pelos serviços

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_