|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EaC_LLP_Erasmus_01 | UNIVERSIDADE DE LISBOAFACULDADE DE MEDICINA VETERINÁRIA |  |

**Ficha de Candidatura ao Programa Erasmus+ 20 /20**

Nome Completo: Nº estudante:

Morada Completa:

Telefone: Telemóvel: E-mail:

Ano curricular que se encontra a frequentar:

Já realizou Erasmus antes? Sim Não

Se sim, indique a duração em meses:

Opção de mobilidade: Estudos/ano (SMS)

 Estudos/estágio (SMT)

 Estágio Profissional (SMP)

Estágio de recém-graduado? Sim Indique a data de conclusão do curso: …………….. Não

Data de início e de fim da mobilidade (dd-mm-aaaa):

Duração total da mobilidade em meses (30 dias):

**Opção 1**

País e Nome completo da Instituição de destino:

Actividade:

**Opção 2**

País e Nome completo da Instituição de destino:

Actividade:

**Opção 3**

País e Nome completo da Instituição de destino:

Actividade:

 **Conhecimentos linguísticos**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **De 1 a 6** | **1 Fraco** | **2 Médio** | **3 Suf** | **4 Bom** | **5 Mto Bom** | **6 Excelente** |
| Idioma | *Inglês* | *Francês* | *Espanhol* | *Alemão* | *Italiano* | *Outro* |
| **Escrita**  |  |  |  |  |  |  |
| **Oralidade** |  |  |  |  |  |  |

Pretende realizar a mobilidade, mesmo se não tiver Bolsa? Sim Não

**OBSERVAÇÕES:**

Para os estágios em locais sem acordo (SMP), deve indicar o nome da pessoa de contacto, função,

e-mail, telefone e morada completa para envio de candidatura. Deve entregar uma cópia da aceitação do seu estágio com a indicação do período, área e o local.

Preencha a folha em anexo (página 3) com os seus dados completos.

**OUTROS DADOS PESSOAIS PARA EFEITOS DE CANDIDATURA:**

Data de nascimento (dd-mm-aaaa):

Nacionalidade:

Nº de Documento de Identificação (BI/CC/Passaporte):

Nº de Identificação Fiscal (NIF):

É Bolseiro dos Serviços de Ação Social (SASUL)? (S/N)

Foi bolseiro em 2016-17 (S/N):

Aluno com Necessidades Especiais (S/N):

NIB (Introduza o nº c/ espaçamento de 4 em 4):

Nome do Banco:

Nome do Titular da Conta:

Nome da Instituição de Acolhimento (conforme designação de origem):

Morada completa da Instituição de Acolhimento:

Tipo de Organização da instituição de acolhimento (Instituição de ensino superior, etc):

Dimensão da instituição de acolhimento (pessoal):

Código Postal da instituição de acolhimento:

Cidade da instituição de acolhimento:

N.º de anos completos a que está inscrito no Ensino Superior, anteriores à mobilidade:

Língua de Instrução na instituição de acolhimento:

Preparação Linguística? S/N Se sim, indique o local, a data de início e do fim (dd-mm-aaaa):

*Todas as candidaturas incompletas e entregues fora do prazo serão anuladas*.

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