



PÓS-DOCTORAMENTOS

NOME COMPLETO: _____	
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO N.º: _____	NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL: _____
TELEFONE(S): _____	EMAIL: _____
MORADA: _____	
CÓDIGO POSTAL: _____ - _____	LOCALIDADE _____ País: _____
MORADA FISCAL (SE DISTINTA DA ANTERIOR): _____	
CÓDIGO POSTAL: _____ - _____	LOCALIDADE _____ País: _____

O/A CANDIDATO(A) ACIMA IDENTIFICADO(A) VEM REQUERER:	A PREENCHER PELOS SERVIÇOS
<p>ÁREA DE ESTUDO: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>NOME DO(A) TUTOR(A): _____</p> <p>MÉTODO DE ESTUDO:</p> <p><input type="checkbox"/> TEMPO INTEIRO</p> <p><input type="checkbox"/> TEMPO PARCIAL (SELECIONAR OPÇÃO PRETENDIDA)</p> <p>DATA DE INÍCIO PREVISTA: ___/___/___</p> <p>DURAÇÃO EM MESES: _____</p> <p><input type="checkbox"/> SOU CIDADÃO/Ã DE PAÍS NÃO PERTENCENTE À COMUNIDADE EUROPEIA E PRETENDO RESIDIR EM PORTUGAL ENQUANTO REALIZO O PÓS-DOCTORAMENTO, PELO QUE SOLICITO EMISSÃO DE CARTA DE ACEITAÇÃO PARA OBTENÇÃO DE VISTO (APENAS SELECIONAR SE APLICÁVEL)</p> <p>O(A) CANDIDATO(A), _____, EM: ___/___/201__</p>	