

Anexo 1

**FORMULÁRIO DE CANDIDATURA – Bolsa de Doutoramento em Farmácia Hospitalar Dra.
Maria Manuela Luz Clara**

Preencher todos os campos. A informação será processada de forma confidencial e utilizada apenas com a finalidade dos aspetos relacionados com a Bolsa.

Nome completo: _____

N.º Sócio APFH: _____ **Email:** _____ **Contacto telefónico:** _____

Endereço postal: _____

Instituição (Hospital): _____

Cargo: _____ **Regime contratual de trabalho:** _____

Tempo de exercício profissional em Farmácia Hospitalar (anos): _____

Ano de conclusão da Especialidade em Farmácia Hospitalar: _____

Nota curricular (Licenciatura/Mestrado): _____

Ano de início do Doutoramento: _____

Tema/Área do projeto: _____

Universidade: _____

Entidade de acolhimento: _____

Projeto aprovado:

☐ Sim, mas ainda não se encontra a decorrer (indicar mês/ano de aprovação): _____

☐ Sim e o Doutoramento já se encontra em curso (indicar mês/ano de início): _____

☐ Não, sendo expectável a sua aprovação em (indicar mês/ano): _____

Título do Projeto/Tese de Doutoramento: _____

☐ Pretendo candidatar-me à Bolsa de Doutoramento em Farmácia Hospitalar Dra. Maria Manuela Luz Clara. Aceito as condições e requisitos expressos no Regulamento e Edital em vigor e demais informação transmitida pela APFH para a oferta da Bolsa. Declaro, por minha honra, o meu comprometimento pessoal e que toda a informação por mim prestada, assim como os documentos anexos enviados são verdadeiros, autorizando o tratamento de dados pessoais para efeito de comunicação e divulgação de atividades, eventos e notícias relacionadas com a Bolsa em apreço.

Data: _____ **Assinatura:** _____

O Candidato deverá anexar todos os documentos exigidos no Regulamento da Bolsa de Doutoramento em Farmácia Hospitalar, assim como no Edital em vigor.

Enviar candidatura para: geral@apfh.pt (assunto: “Candidatura Bolsa de Doutoramento em Farmácia Hospitalar Dra. Maria Manuela Luz Clara”). A APFH confirmará por email a receção da candidatura.