**FORMULÁRIO DE CANDIDATURA**

**PROGRAMA DE MENTORIA**

**CANDIDATURAS AO HORIZONTE EUROPA PARA HOSPITAIS**

1. **Identificação da Unidade de Saúde Hospitalar, do mentorando e da equipa envolvida no programa de mentoria**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome da Unidade de Saúde** |  |
|  | **Nome** | **Email**  | **Função na Instituição** | **Função no programa de mentoria** |
| **Presidente do CA** |  |  | Presidente do CA | Apoio e autorização institucional  |
| **Mentorando** |  |  |  | Investigador responsável |
| **Equipa envolvida no programa de mentoria\*** |  |  |  | Administrador Hospitalar Ou Gestor em Saúde, responsável pelo programa de mentoria |
|  |  |  | Gestor do projeto de investigação |
|  |  |  | Outros investigadores |
|  |  |  | Outros investigadores |
|  |  |  | Representante do departamento financeiro do hospital |
|  |  |  | Parceiro externos (se aplicável) |
|  |  |  | Outros profissionais dedicados à área do financiamento e/ou atividade clínica na instituição |

\*podem ser acrescentadas e eliminadas linhas, se necessário.

1. **Histórico das candidaturas submetidas pela Unidade de Saúde e financiamento obtido em I&D, nos anos de 2018 a 2021 (se aplicável).**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ano** | **Acrónimo da candidatura** | **Título da candidatura** | **Entidade promotora do concurso**(por ex: CCDR, PT2020, FCT, Horizonte 2020, Horizonte Europa) | **Candidatura Financiada/ Não financiada** | **Áreas de intervenção da candidatura**  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Identificação das maiores necessidades do mentorando e da equipa que se candidata a este programa, no âmbito das candidaturas e acesso a financiamento.**

|  |
| --- |
|  |

1. **Impacto esperado com a participação neste programa de mentoria, para o mentorando e equipa de mentoria, para a Unidade de Saúde e para a sociedade.**

|  |
| --- |
|  |

**E. Anexar a declaração de autorização e apoio institucional para a participação no programa de mentoria assinada pelo** **Presidente do Conselho de Administração da Unidade de Saúde.**

Declaro que li, compreendi e aceito as condições do Regulamento deste programa de mentoria, nomeadamente no que diz respeito à proteção de dados pessoais e confidencialidade.

Nome do(a) mentorando/investigador(a) responsável pela candidatura:

Assinatura:

Data:

Nome do(a) Administrador(a) Hospitalar ou Gestor em Saúde, responsável pela candidatura e pelo programa de mentoria:

Assinatura:

Data:

**Informação geral:**

As candidaturas com um máximo de 3 páginas e um anexo (declaração) devem ser submetidas em word e em pdf. A candidatura deve ser enviada para o email: concursosaicib@aicib.pt, com o assunto: PROGRAMA DE MENTORIA 2022\_(acrónimo da unidade de saúde)\_candidatura, até às 23:59h do dia 29/04/2022.