

|  |
| --- |
| **1. Nome e categoria de Associado** |
| Apelido |
| Nome |
| ☐ Efectivo ☐Estudante \* ☐Institucional ☐Agregado |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Afiliação e contactos** | |
| ☐ Instituição académica ☐ Instituto de investigação ☐ Indústria ☐ Empresa | |
| Instituição | |
| Categoria profissional | |
| Endereço | |
| Telefone | Fax |
| E-mail | |

|  |
| --- |
| **3. Qualificação académica** |
| ☐ Pré-graduação ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento |
| Licenciatura em |
| Universidade |
| Pós-graduação em |
| Universidade |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. Actividades ligadas às Ciências em Animais de Laboratório** | |
|  | |
| **5. Associados efectivos proponentes** | |
| Nome (1) | |
| Assinatura | Data |
| Nome (2) | |
| Assinatura | Data |

|  |  |
| --- | --- |
| **6.Estudantes \*** | |
| Confirmo que o requerente é estudante a tempo inteiro ☐ | |
| Data prevista para conclusão dos estudos | |
| Curso | |
| Instituição/Departamento | |
| Director do Departamento | |
| Assinatura | Data |

|  |  |
| --- | --- |
| **7. Requerente** | |
| Nome | |
| Assinatura | Data |

A ficha de inscrição deve ser enviada, juntamente com CV resumido (máx. 3 páginas A4), por email, correio ou fax para:

***Direcção da SPCAL***

*Departamento de Fisiologia, Faculdade de Ciências Médicas,*

*Campo dos Mártires da Pátria,130*

*1169-056 Lisboa*

*Tel: +351 21 880 3078; Fax:+351 21 880 30 28; E-mail: spcal@spcal.pt*