

DELEGAÇÃO PROVINCIAL DA CIDADE DE MAPUTO

FORMULÁRIO DE APLICAÇÃO AO PROGRAMA SOFAR

Por favor, leia as orientações de inscrição antes de preencher este formulário

DADOS PESSOAIS	
Primeiro nome	
Sobrenome	
Data de nascimento ( <i>dia / mês / ano</i> )	
Gênero	
Nacionalidade	
Endereço de email	

DETALHES DE CONTACTO DA REFERÊNCIA		
Se for selecionado, será solicitado a fornecer cartas de recomendação antes da entrevista		
Referência 1	Nome	
	Instituição	
	Papel	
	E-mail	
Referência 2	Nome	
	Instituição	
	Papel	
	E-mail	

Indique onde ouviu falar deste Programa

--

EDUCAÇÃO E QUALIFICAÇÕES ACADÊMICAS (Listar em ordem do mais recentes)
Forneça detalhes sobre graus universitários /diplomas/qualificações profissionais



Título de Qualificação	Instituição, País	Tempo integral/parcial	Ano de Graduação	
<b>Prêmios (de nível superior) e/ou reconhecimento por liderança, gestão, inovação ou pesquisa</b>				
Prêmio	Instituição, País	Ano		
<b>REGISTRO DE TRABALHO</b>				
Forneça detalhes de seu histórico de trabalho em ordem cronológica inversa.				
Título	Instituição, País	DE <i>mm/aaaa</i>	PARA <i>mm/aaaa</i>	Tempo integral/mês período
<b>PUBLICAÇÕES</b>				
Incluir preprints, no prelo ou publicados, resumos de conferências publicados, apresentações de conferências, publicações sobre políticas				

<b>HABILITAÇÕES E EXPERIÊNCIA</b>	
Use esta secção para dar mais detalhes seus: suas habilidades, experiência, atributos pessoais, motivação e qualquer outra informação relevante que o torne adequado para estudos de mestrado/doutoramento e pós-doutoramento. <b>Por favor, não use mais do que a contagem de palavras indicada em cada campo.</b>	
Já iniciou estudos de pesquisa em programas ( por exemplo, MSc/MPhil/PhD) antes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se respondeu 'sim', forneça informações sobre cada um dos programas iniciados. <i>Incluir : a instituição, o projeto de pesquisa, os motivos da desistência/não conclusão</i>	
Mencione circunstâncias atenuantes que podem ter afetado a progressão na carreira, tais como interrupções na carreira, destacamentos, voluntariado, trabalho a tempo parcial e outras experiências relevantes (incluindo tempo passado em diferentes setores). Estado Não aplicável se não houver.	
Forneça detalhes de qualquer formação ( inclua cursos relevantes ou formação específica ) ou competências técnicas que já possua e que o preparem para prosseguir o mestrado/doutoramento e pós-doutoramento na área que identificou. <b>(300 palavras)</b>	
Fale sobre uma actividade de pesquisa que realizou e da qual está particularmente orgulhoso e qual foi o seu impacto <b>(máximo de 350 palavras)</b> <i>Explique como contribuiu para a geração de novas ideias e hipóteses, destaque qualquer financiamento que você ganhou e descreva por que o resultado da pesquisa foi de particular relevância</i>	
Como contribuiu para a sociedade em geral? <b>(máximo 200 palavras)</b> <i>Isto inclui exemplos de envolvimento social e troca de conhecimentos. Pode incluir o envolvimento com o sector público, a indústria e o sector privado; com clientes e o público em geral, inclusão de pacientes em processos e</i>	

*defesa de direitos. Pode incluir outros impactos na investigação, tais como práticas e políticas, incluindo esforços para aconselhar os decisores políticos a nível local, nacional ou internacional.*

**Como tem contribuído para o desenvolvimento das pessoas? (máximo 200 palavras)**

*Isso inclui suas actividades de ensino ou workshops e a supervisão de alunos e colegas. Mencione a orientação de membros em sua área e o apoio que você forneceu para o avanço dos colegas, sejam eles juniores ou seniores. Destacar o estabelecimento de colaborações, desde institucionais (podem ser interdisciplinares) até internacionais.*

**Quais são as coisas que o entusiasma em fazer um mestrado/doutoramento e pós-doutoramento? (máximo 150 palavras)**

**Por que acha que é uma boa opção para este programa? (máximo 150 palavras)**

*Conte-nos como suas habilidades e experiência correspondem aos projetos oferecidos*

**O que você espera alcançar com este programa de mestrado/doutoramento e pós-doutoramento (máximo de 150 palavras)**

**Quais são os principais desafios realizar um mestrado/doutoramento e pós-doutoramento? Como propõe superar esses desafios? (máximo 200 palavras)**

## DELEGAÇÃO PROVINCIAL DA CIDADE DE MAPUTO

### FORMULÁRIO DE IGUALDADE DE OPORTUNIDADES

As informações partilhadas neste formulário serão utilizadas apenas para monitorizar e melhorar as nossas políticas de igualdade de oportunidades e para avaliar e fornecer o apoio adequado.

**Este formulário será mantido separado do seu formulário de inscrição e não estará disponível para os painéis de revisão e/ou pré-seleção.** Ninguém que esteja a considerar se candidatar para essas bolsas terá acesso a essas informações.

Por favor, marque a opção "Informações Recusadas" se não desejar divulgar informações específicas em cada secção. Quaisquer secções deixadas incompletas serão consideradas como "Prefiro não responder".

<b>NOME COMPLETO</b> (Nome e sobrenome/nomes de família conforme inseridos em seu formulário de inscrição e passaporte)	
Clique ou toque aqui para inserir texto.	
<b>IDADE</b>	
Data de Nascimento (Formato: DD/MM/AAAA):	Clique ou toque aqui para inserir texto.
Idade no momento da aplicação:	Clique ou toque aqui para inserir texto.
<b>NACIONALIDADE</b>	
Primeira nacionalidade	Clique ou toque aqui para inserir texto.
Segunda nacionalidade, se aplicável	Clique ou toque aqui para inserir texto.
<b>GÊNERO</b>	
<input type="checkbox"/> Masculino (01) <input type="checkbox"/> Feminino (02) <input type="checkbox"/> Não binário (03) <input type="checkbox"/> Outra descrição preferencial (04) <input type="checkbox"/> Prefiro não dizer (98)	
<b>IDENTIDADE DE GÊNERO</b>	
A sua identidade de gênero atual é igual ao gênero originalmente atribuído no nascimento?	
<input type="checkbox"/> Sim (01) <input type="checkbox"/> Não (02) <input type="checkbox"/> Prefiro não dizer (98)	



<b>ORIENTAÇÃO SEXUAL</b>	
<input type="checkbox"/> Bissexual (01)	<input type="checkbox"/> Heterossexual (04)
<input type="checkbox"/> Homem gay (02)	<input type="checkbox"/> Outro (05)
<input type="checkbox"/> Mulher gay/lésbica (03)	<input type="checkbox"/> Prefiro não dizer (98)
<b>ORIGEM ÉTNICA</b>	
<input type="checkbox"/> Branco (10)	<input type="checkbox"/> Outras origens asiáticas (39)
<input type="checkbox"/> Viajante Irlandês (14)	<input type="checkbox"/> Misto – Caribenho Branco e Negro (41)
<input type="checkbox"/> Cigano ou Viajante (15)	<input type="checkbox"/> Misto – Africano Branco e Negro (42)
<input type="checkbox"/> Negro ou Negro Britânico - Caribenho (21)	<input type="checkbox"/> Misto – Branco e Asiático (43)
<input type="checkbox"/> Negro ou Negro Britânico - Africano (22)	<input type="checkbox"/> Outros antecedentes mistos (49)
<input type="checkbox"/> Outro fundo preto (29)	<input type="checkbox"/> Árabe (50)
<input type="checkbox"/> Asiático ou Asiático Britânico - Indiano (31)	<input type="checkbox"/> Outra origem étnica (80)
<input type="checkbox"/> Asiático ou Asiático Britânico - Paquistaneses (32)	<input type="checkbox"/> Desconhecido (90)
<input type="checkbox"/> Asiático ou Asiático Britânico - Bangladesh (33)	<input type="checkbox"/> Prefiro não dizer (98)
<input type="checkbox"/> Chinês (34)	
<b>RELIGIÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Sem religião (01)	<input type="checkbox"/> Muçulmano (12)
<input type="checkbox"/> Budista (02)	<input type="checkbox"/> Sikh (13)
<input type="checkbox"/> Cristão (03)	<input type="checkbox"/> Espiritual (14)
<input type="checkbox"/> Hindu (10)	<input type="checkbox"/> Qualquer outra religião ou crença (80)
<input type="checkbox"/> Judeu (11)	<input type="checkbox"/> Prefiro não dizer (98)
Se considera deficiente ou tem algum problema de saúde de longa duração que afeta sua capacidade de realizar actividades normais do dia a dia?	
<input type="checkbox"/> Sim (01)	
<input type="checkbox"/> Não (02)	
<input type="checkbox"/> Prefiro não responder (98)	
Se respondeu SIM acima, marque uma das opções a seguir que se aplicarem	
<input type="checkbox"/> Duas ou mais deficiências e/ou condições médicas incapacitantes (8)	<input type="checkbox"/> Deficiência física ou problemas de mobilidade, como dificuldade para usar os braços ou usar cadeira de rodas ou muletas (56)
<input type="checkbox"/> Uma dificuldade de aprendizagem específica, como dislexia, dispraxia ou AD(H)D (51)	<input type="checkbox"/> Surdo ou com deficiência auditiva grave (57)
<input type="checkbox"/> Uma deficiência social/de comunicação, como síndrome de Asperger/outro transtorno do espectro autista (53)	<input type="checkbox"/> Cego ou deficiência visual grave não corrigida por óculos (58)
<input type="checkbox"/> Uma doença ou problema de saúde de longa duração, como câncer, HIV, diabetes, doença cardíaca crônica ou epilepsia (54)	<input type="checkbox"/> Uma deficiência, deficiência ou condição médica não listada neste formulário (96)
	<input type="checkbox"/> Prefiro não dizer (98)

<input type="checkbox"/> Uma condição de saúde mental, como depressão, esquizofrenia ou transtorno de ansiedade (55)	
--	--

<b>AMPLIANDO OS DADOS DE PARTICIPAÇÃO</b>	
Um ou mais dos seus pais frequentaram o Ensino Superior?	<input type="checkbox"/> Sim (01) <input type="checkbox"/> Não (02) <input type="checkbox"/> Prefiro não dizer (98)
É um cuidador? (Cuidar de uma criança, de um pai ou de outra pessoa)	<input type="checkbox"/> Sim (01) <input type="checkbox"/> Não (02) <input type="checkbox"/> Prefiro não dizer (98)
Se respondeu SIM acima, marque uma das opções a seguir que se apliquem	
<input type="checkbox"/> Cuidador principal de uma criança ou crianças (menores de 18 anos) (01) <input type="checkbox"/> Cuidador principal de uma criança ou crianças deficientes ou com problemas de saúde ou doença, ou necessidades de cuidados temporários (menores de 18 anos) (02) <input type="checkbox"/> Cuidador principal ou assistente de adulto ou adultos com deficiência (18 anos ou mais) (03)	<input type="checkbox"/> Cuidador primário ou assistente de pessoa ou pessoas idosas (65 anos ou mais) (04) <input type="checkbox"/> Cuidador secundário (Outra pessoa desempenha a função de cuidador principal) (05) <input type="checkbox"/> Prefiro não dizer (98)

Por favor, anexe este formulário com os outros documentos exigidos no para aplicação no programa SOFAR.