



# SAÚDE EM DIA

PROGRAMA MUNICIPAL DE APOIO NO  
"COMBATE AO SEDENTARISMO, ISOLAMENTO E À SOLIDÃO"



## FORMULÁRIO DE CANDIDATURA - 2019

O PROJETO DECORREU EM 2018 ?

SIM

NÃO

### 1 - PROPONENTE

INSTITUIÇÃO

TÉCNICO

FREGUESIA

NOME

  

ENDEREÇO

  

LOCALIDADE

COD. POSTAL

 -  

E-MAIL

TELF.

FAX / TLM.

RESPONSÁVEL

TELEM

E-MAIL

### 2 - PROJETO [ DADOS GERAIS ]

NOME DO

PROJETO

ATIVIDADE FÍSICA / DESPORTIVA OU OUTRA MAIS RELEVANTE

HIDROGINÁSTICA:

NÃO:

SIM:

1) Como complemento a outras atividades

2) Como atividade única (dispensa o preenchimento do Ponto 5)

**BREVE DESCRIÇÃO DO PROJETO** - *Dispensado o preenchimento se anexar a memória descritiva do projeto -*

|                   |                    |                          |                                       |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| POPULAÇÃO<br>ALVO | SENIORES           | <input type="checkbox"/> | COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 60 ANOS |
|                   | DOS 40 AOS 59 ANOS | <input type="checkbox"/> | COM IDADES ENTRE OS 40 E OS 59 ANOS   |
|                   | MENORES DE 39 ANOS | <input type="checkbox"/> | COM IDADE INFERIOR A 40 ANOS          |
|                   | GRUPO ESPECIAL     | <input type="checkbox"/> | SÉNIORES COM PATOLOGIAS DE SAÚDE      |

### 3 - TÉCNICOS

TEM TÉCNICO PARA O PROJETO ?    SIM     NÃO

SE SIM, DEVE INDICAR OS SEGUINTE ELEMENTOS

NOME

E-MAIL

TELEMÓVEL     OUTRO CONTATO

FORMAÇÃO ACADÉMICA

TEM FORMAÇÃO ESPECIFICA NA ATIVIDADE PROPOSTA?    NÃO     SIM     SE SIM, DEVERÁ ANEXAR COMPROVATIVO

### 4 - INSTALAÇÕES [ ONDE DECORRERÃO AS ATIVIDADES ]

### 5 - ORÇAMENTO PREVISTO

5.1 INÍCIO DO PROJETO  -  - 2019    FINAL DO PROJETO  -  - 2019

5.2 NÚMERO DE SESSÕES SEMANAIS     NÚMERO DE HORAS POR SESSÃO

5.3 CUSTOS DESCRIMINADOS ASSOCIADOS AO PROJETO: TÉCNICOS, MATERIAL, INSTALAÇÕES, OUTROS,

€ -

€ -

€ -

€ -

€ -

Ao assinarem a presente candidatura assumem ter tomado conhecimento das Normas Orientadoras do Programa Saúde em Dia, bem como das regras da Apólice do Seguro que o Município disponibiliza para o efeito.

DATA     ASSINATURAS

-  -     \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO    RESPONSÁVEL PELO PROJETO

O PRESENTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENTREGUE CONJUNTAMENTE COM A DESCRIÇÃO DO PROJETO (memória descritiva) A DESENVOLVER, ORÇAMENTO PREVISIONAL E, TODA A DOCUMENTAÇÃO RELEVANTE PARA A APRECIÇÃO E APROVAÇÃO DO MESMO.

ENTRADA NA CMT

-  -

+ INFORMAÇÕES

916 141 314 | carlos.matos@cm-tondela.pt | desporto@cm-tondela.pt

www.cm-tondela.pt