****

**GABINETE DE COOPERAÇÃO**

**Departamento de Mobilidade e Internacionalização**

*Mobilidade In/Curta Duração*

**PLANO DE ACTIVIDADES**

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS PESSOAIS** | |
| **NOME** |  |
| **Nº. DE INDENTIFICACAO INSTITUCIONAL** |  |
| **CURSO** |  |
| **FACULDADE** |  |
| **NÍVEL** |  |
| **ENDEREÇO** |  |
| **TELEFONE** |  |
| **E-MAIL** |  |
| **PASSAPORTE Nº** |  |
| **PROVA DE PROFICIÊNCIA\*** | **PORTUGUÊS ( ) INGLÊS ( )** |
| **UNIVERSIDADE DE DESTINO:**  **ÁREA DE CAPACITAÇÃO:** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIÇÃO DO PLANO DE CTIVIDADES** | |
| **ACTIVIDADES** | **DURAÇÃO** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Coordenador de Departamento/de Curso | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Director da Faculdade |

Maputo, aos\_\_\_\_de\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Prova a ser realizada no âmbito da integração do beneficiário

\*\*Formulário a ser preenchido no formato Electrónico e impreso para devido reconhecimento (assinatura e carimbo).