A person wearing a white coat

Description automatically generated with low confidence

1. **IDENTIFICAÇÃO DA OBRA CANDIDATA**

|  |
| --- |
| **Tema da Obra:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Título da Obra:** |
|  |

1. **AUTOR(ES) DA OBRA CANDIDATA**
   1. **LISTA DE AUTORES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Autor** | **Nome** | **% de contribuição para a obra candidata**\* | **CV**  **Anexo** |
| Autor 1 – Resp. |  |  |  |
| Autor 2 |  |  |  |
| Autor 3 |  |  |  |
| Autor 4 |  |  |  |
| Autor 5 |  |  |  |
| Autor 6 |  |  |  |
| Autor 7 |  |  |  |
| Autor 8 |  |  |  |
| Autor 9 |  |  |  |
| Autor 10 |  |  |  |

\* Nos termos do nº 3 do art.º 11.º do Regulamento do Prémio BIAL de Medicina Clínica 2022: *“Caso as obras premiadas sejam criação de uma pluralidade de autores intelectuais, o valor pecuniário referido nos números anteriores será dividido e pago pela Fundação BIAL em partes iguais a cada um dos coautores identificados na obra premiada – a menos que, no local próprio do Formulário de Candidatura (ponto 2.1: Lista de Autores), os autores preencham a coluna “% de contribuição para a obra candidata”, caso em que o valor pecuniário do Prémio será repartido observando estas percentagens.”*

* 1. **IDENTIFICAÇÃO DO(S) AUTOR(ES)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Autor 1 – Responsável pela apresentação da Obra** | | | |
| Nome completo: | | | |
| Nome Profissional: | | | |
| Bilhete Identidade  Cartão Cidadão  Passaporte Nº: | | | Válido até: (escolha uma data) |
| Número Identificação Fiscal: | | | |
| Morada: | | | |
| Localidade: | Código Postal: | | País: |
| Contacto telefónico: | | Telemóvel: | |
| Email: | | | |
| Habilitações Literárias:  Bacharelato  Licenciatura  Mestrado  Doutoramento | | | |
| Outra, qual? | | | |
| Filiação Institucional: | | | |
| Morada Profissional: | | | |
| Localidade: | Código Postal: | | País: |
| Contacto telefónico: | | Email: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Autor 2** | | | |
| Nome completo: | | | |
| Nome Profissional: | | | |
| Bilhete Identidade  Cartão Cidadão  Passaporte Nº: | | | Válido até: (escolha uma data) |
| Número Identificação Fiscal: | | | |
| Morada: | | | |
| Localidade: | Código Postal: | | País: |
| Contacto telefónico: | | Telemóvel: | |
| Email: | | | |
| Habilitações Literárias:  Bacharelato  Licenciatura  Mestrado  Doutoramento | | | |
| Outra, qual? | | | |
| Filiação Institucional: | | | |
| Morada Profissional: | | | |
| Localidade: | Código Postal: | | País: |
| Contacto telefónico: | | Email: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Autor 3** | | | |
| Nome completo: | | | |
| Nome Profissional: | | | |
| Bilhete Identidade  Cartão Cidadão  Passaporte Nº: | | | Válido até: (escolha uma data) |
| Número Identificação Fiscal: | | | |
| Morada: | | | |
| Localidade: | Código Postal: | | País: |
| Contacto telefónico: | | Telemóvel: | |
| Email: | | | |
| Habilitações Literárias:  Bacharelato  Licenciatura  Mestrado  Doutoramento | | | |
| Outra, qual? | | | |
| Filiação Institucional: | | | |
| Morada Profissional: | | | |
| Localidade: | Código Postal: | | País: |
| Contacto telefónico: | | Email: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Autor 4** | | | |
| Nome completo: | | | |
| Nome Profissional: | | | |
| Bilhete Identidade  Cartão Cidadão  Passaporte Nº: | | | Válido até: (escolha uma data) |
| Número Identificação Fiscal: | | | |
| Morada: | | | |
| Localidade: | Código Postal: | | País: |
| Contacto telefónico: | | Telemóvel: | |
| Email: | | | |
| Habilitações Literárias:  Bacharelato  Licenciatura  Mestrado  Doutoramento | | | |
| Outra, qual? | | | |
| Filiação Institucional: | | | |
| Morada Profissional: | | | |
| Localidade: | Código Postal: | | País: |
| Contacto telefónico: | | Email: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Autor 5** | | | |
| Nome completo: | | | |
| Nome Profissional: | | | |
| Bilhete Identidade  Cartão Cidadão  Passaporte Nº: | | | Válido até: (escolha uma data) |
| Número Identificação Fiscal: | | | |
| Morada: | | | |
| Localidade: | Código Postal: | | País: |
| Contacto telefónico: | | Telemóvel: | |
| Email: | | | |
| Habilitações Literárias:  Bacharelato  Licenciatura  Mestrado  Doutoramento | | | |
| Outra, qual? | | | |
| Filiação Institucional: | | | |
| Morada Profissional: | | | |
| Localidade: | Código Postal: | | País: |
| Contacto telefónico: | | Email: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Autor 6** | | | |
| Nome completo: | | | |
| Nome Profissional: | | | |
| Bilhete Identidade  Cartão Cidadão  Passaporte Nº: | | | Válido até: (escolha uma data) |
| Número Identificação Fiscal: | | | |
| Morada: | | | |
| Localidade: | Código Postal: | | País: |
| Contacto telefónico: | | Telemóvel: | |
| Email: | | | |
| Habilitações Literárias:  Bacharelato  Licenciatura  Mestrado  Doutoramento | | | |
| Outra, qual? | | | |
| Filiação Institucional: | | | |
| Morada Profissional: | | | |
| Localidade: | Código Postal: | | País: |
| Contacto telefónico: | | Email: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Autor 7** | | | |
| Nome completo: | | | |
| Nome Profissional: | | | |
| Bilhete Identidade  Cartão Cidadão  Passaporte Nº: | | | Válido até: (escolha uma data) |
| Número Identificação Fiscal: | | | |
| Morada: | | | |
| Localidade: | Código Postal: | | País: |
| Contacto telefónico: | | Telemóvel: | |
| Email: | | | |
| Habilitações Literárias:  Bacharelato  Licenciatura  Mestrado  Doutoramento | | | |
| Outra, qual? | | | |
| Filiação Institucional: | | | |
| Morada Profissional: | | | |
| Localidade: | Código Postal: | | País: |
| Contacto telefónico: | | Email: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Autor 8** | | | |
| Nome completo: | | | |
| Nome Profissional: | | | |
| Bilhete Identidade  Cartão Cidadão  Passaporte Nº: | | | Válido até: (escolha uma data) |
| Número Identificação Fiscal: | | | |
| Morada: | | | |
| Localidade: | Código Postal: | | País: |
| Contacto telefónico: | | Telemóvel: | |
| Email: | | | |
| Habilitações Literárias:  Bacharelato  Licenciatura  Mestrado  Doutoramento | | | |
| Outra, qual? | | | |
| Filiação Institucional: | | | |
| Morada Profissional: | | | |
| Localidade: | Código Postal: | | País: |
| Contacto telefónico: | | Email: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Autor 9** | | | |
| Nome completo: | | | |
| Nome Profissional: | | | |
| Bilhete Identidade  Cartão Cidadão  Passaporte Nº: | | | Válido até: (escolha uma data) |
| Número Identificação Fiscal: | | | |
| Morada: | | | |
| Localidade: | Código Postal: | | País: |
| Contacto telefónico: | | Telemóvel: | |
| Email: | | | |
| Habilitações Literárias:  Bacharelato  Licenciatura  Mestrado  Doutoramento | | | |
| Outra, qual? | | | |
| Filiação Institucional: | | | |
| Morada Profissional: | | | |
| Localidade: | Código Postal: | | País: |
| Contacto telefónico: | | Email: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Autor 10** | | | |
| Nome completo: | | | |
| Nome Profissional: | | | |
| Bilhete Identidade  Cartão Cidadão  Passaporte Nº: | | | Válido até: (escolha uma data) |
| Número Identificação Fiscal: | | | |
| Morada: | | | |
| Localidade: | Código Postal: | | País: |
| Contacto telefónico: | | Telemóvel: | |
| Email: | | | |
| Habilitações Literárias:  Bacharelato  Licenciatura  Mestrado  Doutoramento | | | |
| Outra, qual? | | | |
| Filiação Institucional: | | | |
| Morada Profissional: | | | |
| Localidade: | Código Postal: | | País: |
| Contacto telefónico: | | Email: | |

1. **RESUMO DA OBRA CANDIDATA**

|  |
| --- |
| **(Nota: no máximo 7000 caracteres, incluindo espaços)** |
|  |

1. **ANEXOS**

|  |
| --- |
| **Anexar:** |
| 1. *Curriculum vitae* do(s) autor(es). 2. Obra candidata em ficheiro pdf sem restrições, contendo no máximo 200 páginas. Tipo de letra Arial, ta- manho 12, com espaço de 1,5 entre linhas. 3. Versão editável do Formulário de Candidatura preenchido (caso a versão assinada pelo autor ou autores não seja editável). |

1. **DECLARAÇÃO (prevista no artigo 5.º do Regulamento do PRÉMIO BIAL DE MEDICINA CLÍNICA 2022)**

, autor (ou autores em colaboração identificados no presente Formulário de Candidatura e dele subscritores) da obra intelectual sobre o tema médico e com o título , candidata ao **PRÉMIO BIAL DE MEDICINA CLÍNICA 2022** declara (declaram) ter tomado conhecimento, do teor completo do Regulamento do **PRÉMIO BIAL DE MEDICINA CLÍNICA 2022**, designadamente do disposto no seu artigo 11.º, com o qual concorda (concordam) plena e integralmente.

Assim aceita (aceitam) colaborar com a organização do referido Prémio em tudo o que está estipulado ou subentendido no Regulamento.

Reconhece (Reconhecem) e expressamente aceita (aceitam) que a operação de recolha e tratamento dos seus dados pessoais é necessária no âmbito e para o fim exclusivo deste concurso.

Expressamente autoriza (autorizam) a utilização do ficheiro em formato PDF da sua obra, nos termos previstos no citado Regulamento, designadamente para a sua transmissão eletrónica conforme previsto no artigo 6º do mesmo Regulamento.

Declara (declaram) ainda que se trata de uma obra original e que se compromete (comprometem) a abster-se de quaisquer atos ou iniciativas que possam diminuir o interesse ou ineditismo da obra, salvo se com o parecer favorável, dado previamente e por escrito, da organização deste Prémio, e isto até à divulgação dos respetivos resultados, nos termos do artigo 15º do respetivo Regulamento.

1. **TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS**
2. A Fundação BIAL é a entidade responsável pela recolha e tratamento dos dados pessoais dos candidatos ao PRÉMIO BIAL DE MEDICINA CLÍNICA 2022. A Fundação BIAL adota práticas de segurança e de proteção dos dados pessoais em cumprimento do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD), bem como da legislação nacional em vigor.
3. A Fundação BIAL recolhe os dados pessoais facultados no formulário de candidatura, bem como os que forem enviados pelos candidatos por email em conexão com o concurso exclusivamente no âmbito e para efeitos do concurso PRÉMIO BIAL DE MEDICINA CLÍNICA 2022 com a seguinte finalidade: gestão do concurso, o que inclui a receção, análise e avaliação das candidaturas, a comunicação dos dados aos elementos do Júri identificados no Regulamento, a atribuição e comunicação dos prémios, a promoção, divulgação e anúncio dos premiados, e para fins de promoção e divulgação de concursos futuros com o mesmo objetivo.
4. O fundamento para a recolha e tratamento dos dados pessoais corresponde a diligências pré-contratuais e execução de contrato (cf. artigo 6.º, n.º 1, alínea a e b) do RGPD. Caso seja necessária a recolha de outros dados pessoais para além dos referidos, que, por sua natureza, careçam de consentimento expresso e prévio do seu titular, a Fundação BIAL solicitará previamente o consentimento ao titular dos dados pessoais, ao qual assistirá sempre o direito de a qualquer momento retirar tal consentimento (sem que, todavia, esse direito comprometa a licitude do tratamento efetuado com outra base legal).
5. Os dados pessoais serão tratados e conservados em formato digital. A Fundação BIAL adotou as medidas técnicas e organizativas adequadas à segurança e proteção dos dados pessoais.

A Fundação BIAL assegura que os dados pessoais serão tratados pelo prazo necessário à prossecução das suas finalidades.

Dada a relevância e interesse público do PRÉMIO BIAL DE MEDICINA CLÍNICA 2022, a Fundação BIAL reserva-se o direito de manter e conservar os dados contidos nas candidaturas recebidas para fins históricos e/ou estatísticos, salvo oposição do titular.

1. A Fundação BIAL assegura ao titular dos dados pessoais, a qualquer momento, o direito de acesso aos seus dados pessoais, bem como a respetiva retificação, eliminação, portabilidade, limitação e/ou oposição ao tratamento. O titular dos dados pessoais tem o direito de solicitar à Fundação BIAL o apagamento dos seus dados, sem demora injustificada, e esta tem a obrigação de apagar os dados pessoais, sem demora injustificada, quando se aplique, designadamente, um dos seguintes motivos:
   * os dados pessoais deixaram de ser necessários para a finalidade que motivou a sua recolha ou tratamento;
   * o titular dos dados retirou o seu consentimento para o tratamento de dados (nos casos em que o tratamento é baseado no consentimento) e não existir outro fundamento para o referido tratamento; ou
   * o titular dos dados opõe-se ao tratamento e não existem interesses legítimos prevalecentes que justifiquem o tratamento.

Para exercer qualquer dos referidos direitos o titular dos dados pessoais deve dirigir-se, por escrito, à Fundação BIAL através da morada da sede ou através do seguinte correio eletrónico [fundacao@bial.com.](mailto:fundacao@bial.com)

Os pedidos serão tratados com especial cuidado de forma a que possa ser assegurada a eficácia dos direitos do titular dos dados pessoais.

Quando a Fundação BIAL tiver dúvidas razoáveis quanto à identidade da pessoa que apresenta o pedido, pode solicitar que lhe sejam fornecidas as informações adicionais necessárias à confirmação da sua identidade.

Adicionalmente, o titular dos dados pessoais tem o direito de apresentar uma reclamação à autoridade de proteção de dados, nomeadamente, caso não obtenha uma resposta ao exercício dos seus direitos ou denote alguma irregularidade no tratamento dos mesmos.

1. No âmbito da promoção do PRÉMIO BIAL DE MEDICINA CLÍNICA 2022, a Fundação BIAL poderá recorrer a terceiros para a prestação de determinados serviços (localizados dentro ou fora da União Europeia), o que poderá implicar, em algumas situações, o acesso, por tais entidades, a dados pessoais. A Fundação BIAL compromete-se a, nesse caso, adotar as medidas necessárias e adequadas, por forma a assegurar que as entidades que tenham acesso a tais dados pessoais ofereçam elevadas garantias a este nível, o que ficará devidamente acautelado em contrato a celebrar entre a Fundação BIAL e a(s) terceira(s) entidade(s).

Com efeito, qualquer entidade subcontratada pela Fundação BIAL tratará os dados pessoais, em nome e por conta da Fundação BIAL, sob compromisso de adotar as medidas técnicas e organizacionais necessárias por forma a proteger os dados pessoais contra a destruição, acidental ou ilícita, a perda acidental, a alteração, a difusão ou o acesso não autorizado e contra qualquer outra forma de tratamento ilícito. Para saber mais sobre o tratamento dos dados pessoais pela Fundação BIAL poderá consultar a [Política de Privacidade](https://www.bial.com/pt/fundacao-bial-politica-de-privacidade/) disponível no site.

Caso pretenda receber outras informações sobre as atividades da Fundação BIAL, assinale o campo seguinte:

Pretendo receber mais informações sobre eventos e outras campanhas de índole informativa e/ou promocional alusivas à Fundação Bial.

Tomou conhecimento do PRÉMIO BIAL DE MEDICINA CLÍNICA 2022 através de:

Website  Redes sociais  Notícias nos media  Publicidade nos media  Mailing

Outro, Qual?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Autor Assinatura(s)1: Data**  **aaaa/mm/dd** | | |
| Autor 1 – Resp. |  | (escolha uma data) |
| Autor 2 |  | (escolha uma data) |
| Autor 3 |  | (escolha uma data) |
| Autor 4 |  | (escolha uma data) |
| Autor 5 |  | (escolha uma data) |
| Autor 6 |  | (escolha uma data) |
| Autor 7 |  | (escolha uma data) |
| Autor 8 |  | (escolha uma data) |
| Autor 9 |  | (escolha uma data) |
| Autor 10 |  | (escolha uma data) |

1 Nos termos do Regulamento do Prémio BIAL de Medicina Clínica 2022, o presente Formulário de Candidatura que inclui a declaração prevista no artigo 5.º do referido Regulamento deve ser assinada pelo autor ou todos os autores da obra candidata.