

ANÚNCIO DE MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE

Seleccção de tradutores, intérpretes e outros prestadores de serviços de línguas independentes (freelancer)

A Organização Oeste Africana da Saúde (OOAS) através do seu Serviço de Tradução e Interpretação pretende re-dinamizar e actualizar a sua base de dados de tradutores, intérpretes e outros prestadores de serviços de línguas independentes (freelancer). Consequentemente, solicita a todas as firmas de tradução e interpretação assim como a todos os tradutores, intérpretes e revisores exercendo a título individual interessados pelo presente anúncio a enviarem os seus dossiês incluindo uma carta de motivação, uma cópia do dossiê de registo oficial assim como os detalhes da conta bancária da empresa (para as firmas).

Os dossiês de candidatura devem ser igualmente acompanhados de uma cópia do Curriculum Vitae (CV) do responsável ou do profissional mais qualificado (experiente) de acordo com o modelo anexo, e as cópias das suas qualificações, caso preencha os seguintes requisitos numa das três línguas de trabalho da Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (Inglês, Francês ou Português):

- possuir um diploma universitário reconhecido em interpretação e/ou tradução de acordo com a descrição da função para a qual se candidata, ou
- possuir um diploma universitário reconhecido em qualquer outra área assim como um diploma de estudos universitários de pós-graduação em interpretação e/ou tradução de acordo com a descrição da função para a qual se candidata, ou
- possuir um diploma universitário reconhecido em qualquer outra área e ter uma experiência comprovada no domínio da interpretação simultânea para os intérpretes e de tradução para os tradutores.

No que diz respeito aos intérpretes, tradutores e revisores exercendo a título individual, devem fornecer provas de uma experiência profissional na sua área.

A OOAS convida os prestadores elegíveis a manifestar o seu interesse em prestar os serviços acima descritos. Os interessados devem fornecer as informações demonstrando que possuem as qualificações necessárias e uma experiência relevante para a execução dos referidos serviços.

O prestador será seleccionado seguindo o método das qualificações de consultores tal como descrito no Código de Aquisição da CEDEAO (em vigor a partir de 1 de Janeiro de 2014).

Os prestadores interessados podem obter informações adicionais no endereço abaixo e nos seguintes horários:

Organização Oeste Africana da Saúde

01 BP 153 Bobo-Dioulasso 01

Avenue Ouezzin COULIBALY


Burkina Faso

Telefone: (226) 20 97 57 72

correio electrónico: offres@wahooas.org, lamoukou@wahooas.org e

wbosu@wahooas.org de Segunda à Sexta das 08h00 às 16h00.

A ficha de informação em anexo, devidamente preenchido deve ser entregue na morada acima, em mãos, por correio postal ou por correio electrónico através de offres@wahooas.org precisando o assunto, o mais tardar até **15 de Abril de 2016 às 15 horas**. A ficha deve ser acompanhada do Curriculum Vitae e das qualificações digitalizadas.


Dr. Xavier CRESPIÑ
Director Geral

Anexo: Ficha de Informações



ORGANISATION OUEST AFRICAINE DE LA SANTE
ORGANISATION OESTE AFRICAÑA DA SAUDE
WEST AFRICAN HEALTH ORGANISATION
BOBO DIULASSO - BURKINA FASO



**SERVIÇO DE TRADUÇÃO E INTERPRETAÇÃO
MODELO DE SOLICITAÇÃO DE PRESTADORES INDEPENDENTES (FREELANCER)**

INFORMAÇÕES BÁSICAS

Data da solicitação	
Nome:	
Data de nascimento:	
Nacionalidade:	
Sexo:	
Língua materna:	

REFERÊNCIAS OU COORDENADAS DO CANDIDATO

Correio electrónico:	
Morada:	
Caixa/código postal:	
Nº de telefone pessoal:	
Nº de telefone do escritório:	
Fax:	
Nº de telemóvel:	
Cidade:	
País:	

CERTIFICADOS/DIPLOMAS, A COMEÇAR DO MAIS RECENTE

Nº	Data de início dos estudos	Data da conclusão dos estudos	Nome da faculdade/ Universidade/Instituição	País e Cidade	Diploma obtido
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL, A COMEÇAR PELA MAIS RECENTE

Nº	Data do início da experiência	Data do fim da experiência	Nome do empregador	País e Cidade	Função desempenhada
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

QUEIRA ASSINALAR O POSTO AO QUAL DESEJA CANDIDATAR-SE
NOTA: Assinale o quadrado correspondente à sua escolha com uma cruz "X"

QUEIRA ASSINALAR O POSTO AO QUAL DESEJA CANDIDATAR-SE
NOTA: Assinale o quadrado correspondente à sua escolha com uma cruz "X"

Interpretação		Revisão		Tradução	
<input type="checkbox"/>	Intérprete (Inglês)	<input type="checkbox"/>	Revisor (Inglês)	<input type="checkbox"/>	Tradutor (Inglês)
<input type="checkbox"/>	Intérprete (Francês)	<input type="checkbox"/>	Revisor (Francês)	<input type="checkbox"/>	Tradutor (Francês)
<input type="checkbox"/>	Intérprete (Português)	<input type="checkbox"/>	Revisor (Português)	<input type="checkbox"/>	Tradutor (Português)

Queira precisar a sua combinação linguística

[illegible]