UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

**TERMO DE CIÊNCIA – PÓS-DOUTORADO**

Empresa/Instituição de Ensino, inscrita no CNPJ sob nº      , com sede à endereço completo da empresa/instituição de ensino, representada por seu Presidente/Diretor/Reitor, portador do RG nº      , inscrito no CPF nº      , domiciliado à endereço completo do representante, declara estar ciente e concordar com a participação de  nome completo do(a) pós-doutor(a) no Programa de Pós-Doutorado, pelo prazo de digitar vigência da atividade no formato dd/mm/aaaa, que poderá ser prorrogado, a critério da Universidade e desde que autorizado pela Empresa/Instituição de Ensino, cumprindo o horário de pesquisa estabelecido pela Universidade de São Paulo.

Declara, ainda, estar ciente das regras do Programa de Pós-Doutorado e que eventual propriedade intelectual gerada no âmbito da pesquisa será exclusiva da Universidade de São Paulo, ou conforme convênio ou acordo específico firmado entre as partes.

Ribeirão Preto, digitar dia, digitar mês e digitar ano.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

digitar nome completo e cargo do representante da Empresa/Instituição de Ensino e assinar na linha acima

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

digitar nome completo do(a) candidato(a) e assinar na linha acima

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

digitar nome completo do Supervisor e assinar na linha acima

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Maria Cristina Nonato

Presidente da Comissão de Pesquisa

FCFRP/USP