UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

SECRETARIA GERAL

**ANEXO II**

**TERMO DE COMPROMISSO DE PESQUISADOR COLABORADOR**

**MODALIDADE “SEM BOLSA”**

digitar nome completo do(a) candidato(a), aprovado(a) para participar do Programa Pesquisador Colaborador da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, junto ao Departamento digitar nome completo do Departamento, declaro estar ciente das regras do Programa e demais normas universitárias, e comprometo- me a observá-las, cumprindo o horário de pesquisa estabelecido pela Comissão de Pesquisa.

Declaro, ainda, estar ciente de que o Programa Pesquisador Colaborador não gera vínculo empregatício com a Universidade de São Paulo e que possuo meios para me manter durante o período de pesquisa.

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

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

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

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

Maria Cristina Nonato

Presidente da Comissão de Pesquisa

FCFRP/USP