UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

SECRETARIA GERAL

**ANEXO II**

**TERMO DE COMPROMISSO DE PÓS-DOUTORADO**

**MODALIDADE “SEM BOLSA”**

digitar nome completo do(a) candidato(a), aprovado(a) para participar do Programa de Pós-Doutorado 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 Pós-Doutorado 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

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

digitar nome completo do Supervisor e assinar na linha acima

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

Maria Cristina Nonato

Presidente da Comissão de Pesquisa

FCFRP/USP