**Programa de Pesquisador Colaborador**

(Resolução CoPq nº 7.413, de 6/10/2017)

**Formulário para INCLUSÃO**

**I- DOCENTE RESPONSÁVEL:**

Nome completo:

Unidade: **Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – FCFRP/USP**

Departamento (por extenso):

**II- PESQUISADOR COLABORADOR:**

Nome completo:

Número USP:

Naturalidade:  Nacionalidade:

Endereço Residencial:

Bairro:

Cidade/Estado: CEP:

Estado civil:  Cônjuge:

Data de nascimento (dd/mm/aaaa):

RG (RNE para estrangeiros):  Expedição (dd/mm/aaaa):

CPF:

Nome completo da Mãe:

Nome completo do Pai:

Telefone(s):

E-mail:

Endereço do currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/

Vínculo empregatício em Instituição de Ensino, Pesquisa ou Empresa:

[ ]  SEM Vínculo [ ]  COM Vínculo

*Responda os próximos campos apenas se possuir vínculo empregatício:*

Afastamento remunerado do emprego em tempo integral: [ ]  SIM [ ]  NÃO

CNPJ:

Razão Social:

Nome Fantasia:

Endereço:

Bairro:

Cidade/Estado: CEP:

Telefone(s):

Contato do Responsável na Instituição:

E-mail:

**III - DADOS DO PROGRAMA:**

Título do projeto (em português):

Título do projeto (em inglês):

Área de Pesquisa:

Tipo de Dedicação: [ ]  Integral (20 horas semanais) [ ]  Parcial (mínimo de 12 horas semanais)

Número de horas semanais (se Parcial):  (**mínimo de 12 horas semanais**)

**\* O projeto envolve pesquisa com humanos, animais ou OGM (organismo geneticamente modificado)?**

[ ]  SIM [ ]  NÃO

Se sim, assinalar a opção correspondente e anexar comprovante de submissão/aprovação junto ao Comitê responsável:

[ ]  Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP – FCFRP/USP)

[ ]  Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA – FCFRP/USP)

[ ]  Comissão Interna de Biossegurança (CIBio – FCFRP/USP)

**V - MODALIDADE DO PROGRAMA:**

[ ]  Bolsa concedida por agência de fomento

 Nº do processo:

 Vigência (dd/mm/aaaa): Início:  Término:

[ ]  Bolsa concedida por órgãos/empresas que não são de fomento à Pesquisa

 Nome do órgão/empresa:

 Vigência (dd/mm/aaaa): Início:  Término:

[ ]  SEM BOLSA (Sem Afastamento Empregatício ou Sem Vínculo Empregatício)

 Vigência será definida no Plano de Trabalho (máximo de 5 anos)

[ ]  SEM BOLSA (Com Afastamento Empregatício)

 Data do afastamento (dd/mm/aaaa): Início: Término:

Ribeirão Preto, dia/mês/ano

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome completo e assinatura do supervisor** | **Nome completo e assinatura do Pesquisador Colaborador** |