**Programa de Pós-Doutorado**

(Resolução CoPq nº 7.406, de 3/10/2017)

**Formulário para INCLUSÃO**

**I- SUPERVISOR:**

Nome completo:

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

Departamento (por extenso):

“Artigo 6º – O Supervisor e o Pós-doutorando não podem ser cônjuges, companheiros ou parentes até o terceiro grau, em linha reta ou colateral” (Resolução CoPq nº 7.406/2017)

**II- PÓS-DOUTORANDO(A):**

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:

Palavras-chave (obrigatoriamente três): **;      ;**

Tipo de Dedicação:  Integral  Parcial

Número de horas semanais (se Parcial):  (**mínimo de 20 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)

**IV - 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 pós-doutorando(a)** |