



**FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
DE RIBEIRÃO PRETO**

Comissão de Pesquisa e Inovação



**Entregar o documento sem a assinatura da Presidente da Comissão de
Pesquisa e Inovação
Deletar este destaque antes de preencher**

TERMO DE CIÊNCIA – PÓS-DOCTORADO

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

Andréia Machado Leopoldino



FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO

Comissão de Pesquisa e Inovação



Universidade de São
Paulo

**Presidente da Comissão de Pesquisa e Inovação
FCFRP-USP**