**TERMO DE CIÊNCIA – POS-DOUTORADO**

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 a vigência 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.

Cidade, dia de mês de ano.

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

Representante Legal: Nome completo do representante da Instituição de vínculo do(a) pesquisador(a)

Cargo

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

Pós-Doutorando(a): nome completo

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

Responsável/Supervisor(a): nome completo

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

Prof. Dr.

Presidente da Comissão de Pesquisa e Inovação da

Escola de Enfermagem da USP