Eu, Nome Completo, aprovado(a) para participar do Programa de Pós-Doutorado do(a) Unidade/Órgão , Departamento e/ou Área, declaro estar ciente das regras do Programa e demais normas universitárias, e comprometo-me a observá-las, cumprindo o horário de pesquisa definido pela Comissão de Pesquisa (ou Conselho Deliberativo).

Declaro, ainda, estar ciente de que o Programa de Pós-Doutorado não gera vínculo empregatício com a Universidade de São Paulo, e que possuo meios para me manter durante o período de pesquisa.

Cidade, dia de mês de ano.

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

Nome Completo (assinatura acima)

Pós-Doutorando

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

Nome Completo (assinatura acima)

Supervisor Responsável