Empresa ou Instituição de Ensino, inscrita no CNPJ sob nº      , com sede à Endereço completo, representada por seu Presidente/Diretor/Reitor, portador do RG nº xx.xxx.xxx-X, inscrito no CPF nº xxx.xxx.xxx-xx, domiciliado à Endereço completo, declara estar ciente e concordar com a participação de Nome completo do Pós-Doutorando no Programa de Pós-Doutorado, pelo prazo de dd/mm/aaaa a dd/mm/aaaa , que poderá ser prorrogado, a critério da Universidade e desde que autorizado pela instituição, cumprindo o horário de pesquisa definido 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.

Cidade, dia de mês de ano.

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

Nome completo Representante legal

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

Nome completo do Pesquisador

Nome completo do Supervisor Responsável