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, ou conforme convênio ou acordo específico firmado entre as partes.

Cidade, dia de mês de ano.

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

Nome completo Representante legal

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

Nome completo Pós-Doutorando

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

Nome completo do Supervisor Responsável