**ACEITE DE SUPERVISÃO DE PESQUISADOR INTERNACIONAL**

Eu, \_\_\_\_(nome do docente)\_\_\_\_\_\_\_, professor do Departamento de \_\_\_(nome do departamento) \_\_\_\_\_ da ESALQ, aceito ser supervisor acadêmico do (pesquisador/estudante/professor) \_\_\_\_\_\_(nome do visitante) \_\_\_\_\_\_\_, durante seu período de atividades na ESALQ, previsto para início em \_\_(data de início) \_\_e término em \_\_(data de término) \_\_ **.**

Piracicaba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Assinatura do Tutor)* | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(Assinatura do Chefe de Departamento)* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informações do Professor Tutor** | |  | **Informações do Pesquisador** | |
| *Telefone para contato* |  |  | *Instituição de origem* |  |
| *Telefone emergência* |  |  |
| *Endereço de e-mail* |  |  | *Endereço de e-mail do pesquisador* |  |

**IMPORTANTE:** A partir do recebimento deste documento, o Serviço de Atividades Internacionais da ESALQ fornecerá suporte para o pesquisador visitante em todas as questões relativas à concessão do visto adequado, acomodação e uso de instalações da ESALQ durante o período de estudos e recepção no campus quando de sua chegada. Conforme Circular CoPGr 54/2011, antes da chegada, será solicitado diretamente ao pesquisador visitante os seguintes documentos: cópia do passaporte, cópia do projeto de pesquisa, cronograma de atividades, carta de recomendação(1) e comprovação de vínculo com a instituição de origem(1). Na chegada à ESALQ, será ainda solicitada a cópia do visto e comprovante de contratação de seguro-saúde.

1. Exceto professor visitante