# SUPERVISOR

Nome Completo:

Número USP:       E-mail:

Departamento:

# PÓS – DOUTORANDO

Nome Completo:

Número USP:

**Preencher caso haja alteração dos dados informados inicialmente:**

Endereço Residencial:       Bairro:       Cidade/Estado:       C.E.P.:

Estado Civil: [ ] Casado [ ]  Solteiro Nome do Cônjuge:

Nome Completo da Mãe:

Nome Completo do Pai:

Telefone (comercial): (     )      Telefone Residencial: (     )      Celular: (     )

E-mail:       E-mail institucional:

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:**

 ▪ Cópia do R.N.E.\* ou cópia passaporte\* (para estrangeiros).

 **Envio para** **pesquisa@listas.ffclrp.usp.br****, colocando em cópia o e-mail do respectivo Departamento, do arquivo em pdf dos seguintes documentos:**

▪ Anexo III – Declaração de Reconhecimento de Direitos de Propriedade Intelectual.

 ▪ Relatório Parcial (até 4 MB).

 ▪ Foto 3x4 digitalizada (fundo branco – não precisa ser profissional).

 ▪ Termo de Outorga da bolsa do Pós Doc. ou documento oficial similar.

 **▪** Anexo I – Termo de Compromisso de Pós-Doutorado (Modalidade SEM BOLSA ou com AFASTAMENTO)

 ▪ Anexo II – Termo de Ciência do afastamento empregatício\*\*. (Modalidade com AFASTAMENTO)

 ▪ Parecer elaborado por relator especializado na área\*\*\*. (Modalidade SEM BOLSA ou com AFASTAMENTO)

\* O R.N.E. ou Passaporte deverão estar dentro do prazo de validade.

\*\* Se o candidato possuir vínculo empregatício com Instituição Pública e/ou Privada deverá entregar o ANEXO II, preenchido e assinado pelo representante legal da Instituição.

\*\*\* O relator deverá ser indicado pelo Departamento responsável.

# BOLSA

Houve alteração em relação ao Programa de Pós-Doutarado?

- [ ]  Não, solicito a prorrogação do Programa.

- [ ]  Sim, estava no Programa Sem Bolsa e houve a concessão de bolsa de fomento.

 Informe o nome da Agência:

- [ ]  Sim, houve o cessar da bolsa. Desejo continuar no Programa Sem Bolsa.

Caso haja dúvidas: pesquisa@listas.ffclrp.usp.br ou 16-3315.0649

Vigência do Programa de Pós–Doutoramento (dd/mm/aa)

Início:      /     /      Término:      /     /

- Preencher caso haja BOLSA DE FOMENTO:

Agência de Fomento:

Número do Processo:

- Preencher para atualização do VÍNCULO EMPREGATÍCIO, caso necessário:

**INSTITUIÇÃO**

Razão Social:       Nome FANTASIA:

Endereço:       Bairro:       Cidade/Estado:       C.E.P.:

Telefone: (     )

Contato Responsável na Instituição:       E-mail:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura e carimbo do Supervisor Assinatura do Pós – Doutorando**

# APROVAÇÃO DOS COLEGIADOS

Aprovado pelo Conselho do Departamento

- “ad referendum” em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

- em sua \_\_\_\_\_\_\_ Sessão realizada em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Encaminhe-se à Comissão de Pesquisa, para providências.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Chefe do Departamento: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Aprovado pela Comissão de Pesquisa

- “ad referendum” em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

- em sua \_\_\_\_\_\_\_\_ Sessão realizada em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Vigência do Programa: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Providenciado a reativação do número USP, e cartão USP (a ser entregue em momento oportuno).

O programa terá duração mínima de três meses e máxima de dois anos, podendo haver prorrogação, conforme Resolução específica.

Sendo que no final da vigência supracitada deverá juntar-se aos autos a devida documentação, para a prorrogação ou encerramento, a qual se encontra no site [www.ffclrp.usp.br](http://www.ffclrp.usp.br)

Encaminhe-se ao Departamento para ciência da Chefia, Supervisor(a) e interessado(a):

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Presidente da CPq: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ciente do despacho acima:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Chefe do Departamento: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Supervisor: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Pós-Doutorando: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**