PROGRAMA DE PÓS-DOUTORADO

PRORROGAÇÃO

(entregar até 40 dias antes da data final da vigência)

**I – Dados do Pós-Doutor**

Nome (completo):

Telefone (res):

Telefone (com):

E-mail:

**II – Dados do Docente Responsável**

Nome (completo):

Unidade: Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo

Departamento (por extenso):

**III – Dados do Programa**

Título do Projeto:

Período do Relatório:

Resumo sucinto das atividades desenvolvidas no período (até 10 linhas)

Prorrogação do programa: início: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ término: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Aprovação pelo Conselho do Departamento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Aprovação pela Comissão de Pesquisa: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

O Programa de Pós-Doutoramento deve ser desenvolvido em tempo integral e com remuneração.

Indique, a seguir, as informações sobre a sua bolsa e/ou o seu afastamento, em tempo integral, remunerado.

(A pesquisa voluntária não remunerada segue legislação própria sobre trabalho voluntário e não pode ser aceita nesse Programa).

**IV - Modalidade COM bolsa fornecida por agência de fomento para o período coberto pela prorrogação**:

* Agência Financiadora:
* No Processo:
* Cópia de comprovante de prorrogação da Bolsa com o período da renovação (como termo de outorga ou cópia dos dados cadastrais do site da agência que aprovou a bolsa ou outro documento pertinente dessa agência).
* Aprovação pelo Conselho do Departamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.
* Aprovação pela Comissão de Pesquisa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**V – Programa SEM bolsa fornecida por agência de fomento**

* Dedicação Integral (40h/semanais): ( )sim ( )não

Em caso negativo: Anexar justificativa.

* Termo de Compromisso de Pós-Doutorado (Anexo II da Resolução 7406, de 03/10/2017).
* Relator indicado pela CPq da FCF.
* Parecer aprovando o projeto de pesquisa.
* Aprovação pela Comissão de Pesquisa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**VI – Vínculo empregatício com empresa/instituição.**

* Razão social:
* Endereço:
* Telefone:
* Anexar comprovante de AFASTAMENTO.
* Dedicação Integral (40h/semanais): ( )sim ( )não

Em caso negativo: Anexar justificativa.

* Termo de Ciência da empresa/instituição (Anexo I da Resolução 7406, de 03/10/2017).
* Relator indicado pela CPq da FCF.
* Parecer aprovando o projeto de pesquisa.
* Aprovação pela Comissão de Pesquisa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

IV – Declaração de Cessão de Direitos de Propriedade Intelectual de Programa de Computador (software) e de Propriedade Industrial

Emissão da declaração, datada e assinada.

Local e Data:

# Assinatura do Pós-Doutorando Assinatura do Supervisor