**FORMULÁRIO PROPOSITIVO – PÓS-DOUTORADO**

**I – Dados pessoais do Pós-Doutor:**

|  |
| --- |
| Nome |
| Natural de: | Nacionalidade: |
| Endereço residencial: | Nº | complemento |
| Bairro | Cidade | UF | CEP |
| Estado Civil | Nome do cônjuge |
| Filiação: Pai | Mãe |
| Telefones: resid celular coml  |
| e-mail  |
| Endereço do Curriculo Lattes: [HTTP://lattes.cnpq.br/](http://lattes.cnpq.br/)  |

**II – Dados do Docente Responsável:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo | Nº USP |
| Unidade |
| Área |

**III – Dados do Programa:**

|  |
| --- |
| Título do Projeto |
| Título do Projeto (em Inglês) |
| Área de Pesquisa |
| Vigência do Programa – Inicio em: / / Término em: / / |
| Carga horária total (mínimo 960 horas): |
| Carga horária semanal (mínimo 20 horas): |

**IV – Tipo de Participação** (De acordo com o art. 3º da Resolução CoPq nº 7406, de 03/10/2017**)**

1. **Agência de Fomento ( )**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CAPES ( ) | FAPESP ( ) | CNPq ( ) |
| Número do Processo: |
| Outra: |
| Parcial ( ) |  Integral ( ) |
| Nome completo do Relator (concedente): |

1. **Afastamento remunerado de emprego ( )**

|  |
| --- |
| Instituição Particular ( ) Pública ( ) |
| Razão Social |
| Endereço |
| Telefone |
| Afastamento integral ( ) Parcial ( ) |
| Nome completo do Relator (concedente) |
| **Obs**: Se houver concessão de afastamento remunerado previsto no art. 3º, inciso II, “o pós-doutorando deverá apresentar, no ato de sua aceitação, o Termo de Ciência firmado pela instituição empregadora, conforme modelo do **Anexo I da Resolução supra** |

1. **Sem bolsa ( )**

|  |
| --- |
| **Obs:** Art. 3º, inciso III “(...) a critério da Comissão de Pesquisa ou, na sua ausência, do Conselho Deliberativo do Museu, Órgão de Integração ou Órgão Complementar.”Para essa situação será exigida a assinatura de Termo de Compromisso de Pós-Doutorado, conforme modelo do **Anexo II da Resolução supra** |

Estou ciente da exigência contida no parágrafo 1º, do art. 7º, da Resolução CoPq 7406, de 03/10/2017, de que o relatório final deverá ser entregue até no máximo 60 dias após a data final de vigência. Caso não seja entregue dentro desse prazo o pós-doutorado será encerrado e o atestado não será emitido.

DATA: ............../................./.................

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

Assinatura do Pós-Doutorando Assinatura do Supervisor

|  |
| --- |
| **Para preenchimento da área de Pesquisa**Aprovação da CaC      \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Aprovação do CD          \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |