**ANEXO II**

TERMO DE CIÊNCIA

……………………..(Empresa ou Instituição de Ensino), inscrita no CNPJ sob nº …, com sede à Rua ….., representada por seu (Presidente/Diretor/Reitor)…….., portador do RG nº …, inscrito no CPF nº …….., domiciliado à Rua….., declara estar ciente e concordar com a participação de ……. (nome do Pós-Doutor) no Programa de Pós-Doutorado, pelo prazo de ……, que poderá ser prorrogado, a critério da Universidade, cumprindo o horário de pesquisa estabelecido pela Universidade de São Paulo.

Declara, ainda, estar ciente das regras do Programa de Pós-Doutorado na Universidade de São Paulo.

São Paulo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante Legal

Pós-Doutorando

Responsável – Prof. Dr. ……