

## TERMO DE CIÊNCIA

\_\_\_\_\_ (Nome da Empresa ou Instituição de Ensino), inscrita no CNPJ sob nº \_\_\_\_\_, com sede no endereço:

\_\_\_\_\_,  
Representada por seu (Presidente / Diretor / Reitor) \_\_\_\_\_,  
Portador do RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_,  
domiciliado ao endereço: \_\_\_\_\_,

declara estar ciente e concordar com a participação de \_\_\_\_\_ (nome do Pós-Doutorando) no Programa de Pós-Doutorado, pelo prazo de \_\_\_\_\_ meses, que poderá ser prorrogado, a critério da Universidade, cumprindo os horários de pesquisa estabelecidos pela USCS – Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

Declara, ainda estar ciente das regras do programa de Pós-Doutorado da uscs.

São Caetano do Sul, \_\_\_\_\_

Representante Legal \_\_\_\_\_

Pós-Doutorando \_\_\_\_\_

Prof. Supervisor – Dr. \_\_\_\_\_

Gestor do PPGA \_\_\_\_\_