**Formulário de Inscrição**

**Programa Pesquisador Colaborador**

Resolução CoPq nº 7.413, de 06 de outubro de 2017

***I – Dados do candidato a Pesquisador Colaborador***

Nome (completo):

Indique o nome a ser utilizado no crachá (nome + um sobrenome):

Naturalidade:

Nacionalidade:

Nº RG: Expedição (dd/mm/aaaa):

Nº CPF:

Nº USP: (somente p/ candidatos que foram alunos da USP)

Endereço Residencial:

Bairro: Cidade / Estado: CEP

Estado Civil: Cônjuge:

Filiação: Mãe:

Pai:

Telefone (res):

Telefone (com):

Celular:

E-mail:

Endereço do Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/>...............................

Docente ou funcionário USP (verificar Artigo 2º - § 1º): Sim ( ) Não ( )

***II – Dados do Docente Responsável.***

Nome (completo):

Nº USP (obrigatório):

Unidade:

Departamento (por extenso):

Telefone (com):

E-mail:

***III – Dados do Projeto.***

Título do Projeto:

Título do Projeto (em inglês):

Palavras-chave:

Área de Pesquisa:

Aprovação da Pesquisa por Comitê de Ética:

* CAPPesq
* CEP
* CEUA
* Não se aplica
* Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indique, a seguir, as seguintes informações:

* Modalidade com bolsa
* Modalidade sem bolsa
* Modalidade com vínculo empregatício/afastamento
* Período Integral
* Período Parcial

Para todas as modalidades acima indicar **(obrigatório)**:

Duração do projeto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carga horária semanal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dias da semana:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Período:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vigência do inicial do programa (dd/mm/aa): início: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ término: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

***IV- Informações sobre a bolsa****:*

Agência Financiadora:

No Processo/contrato:

Vigência:

***V- Informações sobre vínculo empregatício em instituição de ensino/pesquisa ou empresa.***

Afastamento remunerado de emprego em tempo integral: sim ( ) não ( )

* + - * Instituição Particular:

Razão social:

Endereço:

Telefone:

* + - * Instituição Pública:
* Anexar comprovante de AFASTAMENTO.

Local e Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_\_

# **Assinatura do Pesquisador Colaborador Assinatura do Supervisor**

|  |
| --- |
| ***Aprovação pelo Conselho de Departamento da FMUSP***: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_(assinatura do chefe de departamento e carimbo de aprovado pelo Conselho de Departamento) |

|  |
| --- |
| ***Aprovação pela Comissão de Pesquisa da FMUSP***: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |