Eu, Nome completo, Doutor(a) em título de doutorado, portador(a) do RG: xx.xxx.xxx-X e do CPF: xxx.xxx.xxx-xx, declaro que para inscrição no Programa Pesquisador Colaborador da USP, na Escola Superior de Agricultura “Luiz de Queiroz” - ESALQ, com o projeto intitulado: “título do projeto”, com o Programa durante o período dd/mm/aaaa à dd/mm/aaaa (vigência do Termo de Compromisso/Comprovante de Afastamento), comprometo a dedicar-me por hh horas semanais nas dependências da ESALQ.

Cidade, dd de mm de aaaa.

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

Assinatura do Pesquisador Colaborador

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

Visto do Supervisor

Assinatura e Carimbo