PROGRAMA DE PÓS-DOUTORADO

ENCERRAMENTO

(entregar até, no máximo, 60 dias após a data final da vigência)

**I – Dados do Pós-Doutor**

Nome (completo):

Telefone (res):

Telefone (com):

E-mail:

**II – Dados do Docente Responsável**

Nome (completo):

Unidade: Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo

Departamento (por extenso):

**III – Dados do Programa**

Título do Projeto:

Período do Relatório:

Resumo sucinto das atividades desenvolvidas no período (até 10 linhas)

* Relatório final das atividades desenvolvidas no período do Pós-Doutorado e o arquivo em pdf (para cpqfcf@usp.br)

**IV - Programa COM bolsa fornecida por agência de fomento**

* Cópia e o arquivo em pdf (para cpqfcf@usp.br) do parecer favorável da assessoria científica (da agência que a forneceu).
* Aprovação pelo Conselho do Departamento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
* Aprovação pela Comissão de Pesquisa da FCF/USP: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**V - Programa SEM bolsa fornecida por agência de fomento**

* Ciência e encaminhamento do Departamento para Cpq-FCF para indicação de parecerista.
* Aprovação pela Comissão de Pesquisa da FCF/USP: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**VI - Programa com Vínculo Empregatício**

* Ciência e Encaminhamento do Departamento para Cpq-FCF para indicação de parecerista.
* Aprovação pela Comissão de Pesquisa da FCF/USP: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Local e Data:

# Assinatura do Pós-Doutorando Assinatura do Supervisor