**TERMO DE CIENCIA E AUTORIZAÇÃO PARA COLABORADOR EXTERNO EM PROJETO NO VCI**

**DATA DO PEDIDO:** Clique aqui para inserir uma data.

**TITULO DO PROJETO:** Clique aqui para digitar texto.

**PROTOCOLO CEUA:** Clique aqui para digitar texto.

**DOCENTE RESPONSÁVEL:** Clique aqui para digitar texto.

**COLABORADOR/TITULAÇÃO:** Clique aqui para digitar texto.

**PERÍODO DE PERMANÊNCIA NAS DEPENDÊNCIAS DO VCI:** Clique aqui para inserir uma data. **A** Clique aqui para inserir uma data. **.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do Colaborador**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do Docente Responsável**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Concordância da Chefia do VCI.**

(Preencher o verso corretamente)

**Ao entregar esta Ficha na Secretaria do VCI**, para retirar o seu **crachá de colaborador** externo, favor anexar cópia dos seguintes documentos: **RG, CARTEIRA DO CONSELHO, APÓLICE DE SEGUROS CONTRA ACIDENTES PESSOAIS.**

NOME:

ENDEREÇO COMPLETO:

BAIRRO:

CEP:

TELEFONE RESIDENCIAL:

TELEFONE COMERCIAL:

TELEFONE CELULAR:

E-MAIL:

R.G.:

CPF:

DATA DE NASCIMENTO:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

D E C L A R A Ç Ã O

Eu,       , declaro para todos os fins de direito que participarei como colaborador(a) do **Projeto de Pesquisa intitulado:** Clique aqui para digitar texto. junto ao Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia da Universidade de São Paulo, sob supervisão do Prof. Dr.       durante o período de      /     /      a      /     /     , ciente de que **não tenho nenhum vínculo empregatício** com a Instituição.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

     ,      de       de      .

ASSINATURA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doc. Identidade:

(ESTE DOCUMENTO DEVERÁ SER ANEXADO À FICHA DE INSCRIÇÃO)