**(Papel timbrado da Empresa/Instituição)**

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO**

..........................(Empresa ou Instituição de Ensino), inscrita no CNPJ sob nº ..., com sede à Rua ....., representada por seu (Presidente/Diretor/Reitor)........, portador do RG nº ..., inscrito no CPF nº ........, domiciliado à Rua....., declara que haverá concessão de afastamento remunerado de \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, ao Dr.(a.) ....... (nome do(a) Pós-Doutorando(a)), período do seu Programa de Pós-Doutorado no Centro de Energia Nuclear na Agricultura da Universidade de São Paulo.

Piracicaba, .................

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

Representante Legal

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

Pós-Doutorando(a)

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

Prof.(a.) Dr.(a.) ......

Supervisor(a)