

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ**  
**ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ**

**EDITAL N.º 28/2016**

**ANEXO VIII – Modelo de Liberação do Representante Legal da Instituição de Origem do Participante**

Imprimir em papel timbrado da instituição

LIBERAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, \_\_\_\_\_, (nome do gestor(a)), (descrever o cargo), informo que o(a) profissional (nome completo do participante), CPF (nº do CPF), aprovado(a) no processo seletivo para a IX Turma do Curso de Especialização em Vigilância Sanitária, ofertado pelo Centro de Educação Permanente em Vigilância da Saúde (Cevig) da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), terá liberação profissional formal do serviço no qual é lotado(a) atualmente, para realização do referido curso, conforme carga horária e cronograma propostos pela ESP/CE, pelo período mínimo de 12 meses consecutivos.

Local, data.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do gestor  
(reconhecer firma)

OBS: A declaração apresentada deverá estar em papel timbrado, com as devidas alterações necessárias. A assinatura, carimbo e matrícula do responsável ou do seu representante legal, com reconhecimento de firma, é imprescindível.