

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ  
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ – ESP/CE  
DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE – DIPSA  
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (COREMU)

PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE, NA  
MODALIDADE MULTIPROFISSIONAL E UNIPROFISSIONAL

EDITAL N.º 29/2017

ANEXO VII – DECLARAÇÃO DO GESTOR (PARA SER ENTREGUE NO ATO DA MATRÍCULA)

**DECLARAÇÃO DO GESTOR**

*(para ser entregue no ato da matrícula)*

APENAS PARA Participantes CLASSIFICADOS QUE SEJAM SERVIDORES ESTATUTÁRIOS, EMPREGADOS PÚBLICOS, SERVIDORES TEMPORÁRIOS, TERCEIRIZADOS OU COOPERADOS VINCULADOS À INSTITUIÇÃO EXECUTORA PARA O QUAL FOI APROVADO NO **PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE, NA MODALIDADE MULTIPROFISSIONAL E UNIPROFISSIONAL**

**DECLARAÇÃO**

Eu, **(NOME COMPLETO)**, GESTOR do(a) **(DESCREVER O CARGO)**, DECLARO que o(a) profissional **(NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL)**, CPF: \_\_\_\_\_ classificado(a) no PROCESSO SELETIVO, pertinente ao Edital nº 29/2017, possui liberação profissional formal do serviço no qual é lotado atualmente no(a) **(COLOCAR O NOME DA INSTITUIÇÃO EXECUTORA)** para realização da **RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE, NA MODALIDADE MULTIPROFISSIONAL E UNIPROFISSIONAL** na lotação, carga horária e cronograma propostos pelo programa, pelo período mínimo de 02 (dois) anos consecutivos, a partir no primeiro dia letivo.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO GESTOR DA INSTITUIÇÃO EXECUTORA COM PROFISSIONAL DE SAÚDE-RESIDENTE  
CLASSIFICADO

**GESTOR: Deverá ser o Gestor maior da Instituição.**

**Sendo: o Prefeito no caso da Instituição Executora ser um dos municípios constantes neste Edital ou Diretor do Hospital, no caso da Instituição Executora ser um dos hospitais constantes neste Edital.**