

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

EDITAL N.º 26/2015

ANEXO VII – Modelo de Liberação do Representante Legal da Instituição de Origem do Candidato

Imprimir em papel timbrado da instituição

LIBERAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, _____, (nome do gestor(a)), (descrever o cargo), informo que o(a) profissional (nome completo do candidato), CPF (nº do CPF), caso aprovado(a) no processo seletivo para o VIII Curso de Especialização em Vigilância Sanitária 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 18 meses consecutivos.

Local, data.
(datada a partir de 10/08/2015)

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.