

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ PAULO MARCELO MARTINS RODRIGUES (ESP/CE)

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), caso aprovado(a) na seleção para o **CURSO DE FORMAÇÃO EM AUXILIAR DE LABORATÓRIO DE VETORES, RESERVATÓRIOS E ANIMAIS PEÇONHENTOS DO CEARÁ** ofertado pela Diretoria de Pós-Graduação em Saúde, por meio do Centro de Educação Permanente em Vigilância da Saúde/CEVIG da Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues (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.

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, é imprescindível, assim como o reconhecimento de firma. Vale ressaltar que, nos termos dos incisos I e II do art. 3º da Lei nº 13.726/2018, é dispensada a exigência de reconhecimento de firma pelo cartório, desde que o agente administrativo confronte a assinatura com aquela constante do documento de identidade do signatário, ou, estando este presente, assine o documento diante do agente, o qual lavrará a sua autenticidade no próprio documento. Dispensa-se também a autenticação, via cartório, de cópia de documento, mediante a comparação entre o original e a cópia, cabendo ao agente administrativo atestar a sua autenticidade.