

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), caso aprovado(a) na seleção para o **Curso de Especialização em Atenção Integral em Saúde do Trabalhador e Trabalhadora** ofertado pela Diretoria de Educação e Extensão, por meio da Gerência de Pós-graduação em Saúde - GEPOS 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, devendo seguir os termos do subitem 12.8.3.b do Edital 11/2022.