

**Imprimir em papel timbrado da instituição**

**MODELO DE LIBERAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL DA  
INSTITUIÇÃO DE ORIGEM DO PARTICIPANTE**

**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) na seleção para o **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE** ofertado Diretoria de Pós-Graduação em Saúde - DIPSA, 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  
(autenticada ou nos termos do subitem 12.9)  
(informar matrícula)

*Obs: A declaração apresentada deverá estar em papel timbrado e com as devidas alterações necessárias.*

*A assinatura, carimbo e matrícula do responsável ou do seu representante legal são imprescindíveis, devendo seguir os termos do Edital nº 08/2023.*