

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 VIGILÂNCIA SANITÁRIA** 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 15/2024.