**ANEXO I**

**(LOGOMARCA/LOGOTIPO DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO)**

**TERMO DE VÍNCULO E LIBERAÇÃO**

Declaro para os devidos fins, que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ é (**servidor público ou trabalhador/prestador de serviços),** na instituição \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **(nome/município)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **(mês/ano)** e exerce a função de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**.**

Declaro ainda o compromisso dessa instituição em liberar o referido conselheiro para participar das atividades do curso de Capacitação de Conselheiros de Saúde, na função de **discente**, durante todo o período de realização, assim como disponibilizar as instalações deste órgão/instituição para a execução e elaboração das atividades/trabalho do curso.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo Assinatura do Candidato

Chefia imediata Conforme documento apresentado