**ANEXO II**

**(LOGOMARCA/LOGOTIPO DO CONSELHO)**

**DECLARAÇÃO DO CONSELHO**

Declaro para os devidos fins, que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ é conselheiro, do município \_\_\_ , representa o segmento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Conselheiro de Saúde (titular, suplente), ocupante de cargos no Conselho, usuário ou membro de movimento da sociedade civil organizada)**, na esfera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(municipal ou estadual),** desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **(mês/ano).**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ -----------------------------------

Assinatura e Carimbo Assinatura do Candidato

Presidente do Conselho Conforme documento apresentado