**ANEXO I**

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

**TERMO DE VÍNCULO E LIBERAÇÃO**

Declaro que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ é servidor (a) desta instituição, **(município)**, com vínculo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(efetivo, comissionado ou contratado)**, na esfera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(municipal/estadual/federal),** desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **(mês/ano)** e exerce a função de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro ainda o compromisso desta instituição em liberar o referido profissional para participar das atividades do **Curso Eixo Transversal dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde**, na função de **Tutor em EaD**, durante todo o período de realização, bem como para participar de outras atividades, inclusive presenciais, necessárias ao fiel cumprimento de todos os objetivos do curso.

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

Assinatura e Carimbo Assinatura do Candidato

do Gestor/Superintendente conforme documento apresentado