**ANEXO II**

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

**TERMO DE VÍNCULO E LIBERAÇÃO**

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

Declaro ainda o compromisso dessa instituição em liberar o referido candidato 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.

Local/data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Assinatura e Carimbo Assinatura do Candidato

Chefia imediata Conforme documento apresentado