**ANEXO I**

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

**DECLARAÇÃO DE VÍNCULO E COMPROMISSO**

Declaro para os devidos fins que, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ profissional vinculado ao Sistema Único de Saúde - SUS no Estado de Goiás, (esferas estadual, municipal ou federal cedidos a Secretaria de Saúde no Estado de Goiás) lotado na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, localizado em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_desde\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (mês/ano) com vínculo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (efetivo, comissionado, empregado público e contratado por tempo determinado) e exerce a função de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**.**

Declaro ainda, o compromisso  em participar das atividades do curso de Qualificação de Membros das 19 Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES's) do Estado de Goiás, na função de **docente**, previsto para ser executado no período de agosto a novembro de 2023, sem prejuízo das atribuições do cargo em que sou titular, **em atendimento ao estabelecido no § 3º do artigo 127 da Lei Estadual nº 20.756/2020.**

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

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

Assinatura do Candidato