**ANEXO II**

**(LOGOMARCA/LOGOTIPO DA CIES ESTADUAL OU REGIONAL**

**DECLARAÇÃO DA COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO (CIES)**

Declaro para os devidos fins, que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ é ou já foi membro da CIES (ESTADUAL OU REGIONAL) no período de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(mês/ano), compondo o quadrilátero do Sistema Único de Saúde (SUS), representando \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Gestores estaduais e municipais de educação e/ou de seus representantes; Trabalhadores do SUS e/ou de suas entidades representativas; Instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos; Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS) e participando da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no art. 14 da Lei nº 8.080, de 1990, e na NOB/RH - SUS.

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

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

Assinatura da coordenação da CIES (ESTADUAL OU REGIONAL)