|  |  |
| --- | --- |
| **Assinatura e Carimbo do Gestor** | **Assinatura do Candidato** |
| **Local/data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |

Declaro para os devidos fins, que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_é servidor (a) desta instituição, **(município)**, com vínculo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(efetivo, comissionado ou contratado)**, e atuação na equipe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(descrever equipe área de atuação)** na esfera\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(municipal/estadual),** desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(mês/ano)** e exerce a função de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(assistencial/administrativo).**

Declaro ainda o compromisso dessa instituição em liberar o referido profissional para participar das atividades do curso **Eixo Transversal dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde**, durante todo o período de realização, assim como disponibilizar as instalações da instituição para a execução da função, bem como outras atividades necessárias ao fiel cumprimento de todos os objetivos do curso.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Curso:**

**Município:**

**E-mail: Telefone (\_\_)\_\_\_\_\_-\_\_\_\_**



**ANEXO I – TERMO DE VÍNCULO E LIBERAÇÃO**

Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome:**