**ANEXO I**

**DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**

Declaro para os devidos fins que\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ é servidor (a) desta instituição, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(nome da Instituição)* com vínculo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(efetivo, comissionado ou contratado)* e atua na equipe de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(vigilância epidemiológica e/ou epidemiologia),* na esfera\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(municipal/estadual)*,desde\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(mês/ano)*e exerce a função de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **.**

Declaro ainda estar ciente que de acordo com o Art.1º, inciso IV da Resolução nº 024/2015 da Comissão Intergestores Bipartite-CIB, de 13 de março de 2015, o servidor inscrito que não comparecer ou não obtiver a frequência mínima, ficará impedido de participar dos eventos de capacitação por 02 (dois) anos, a contar da data da inscrição.

**REQUERIMENTO** N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_





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

Assinatura e Carimbo Assinatura do Candidato

do Gestor

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

Local / data