**ANEXO I**

**(LOGOMARCA/LOGOTIPO DO CONSELHO)**

**DECLARAÇÃO DO CONSELHO**

Declaro para os devidos fins, que (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_é conselheiro (a), do município (nome) , representa o segmento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Conselheiro (a) de Saúde (titular, suplente), ocupante de cargos no Conselho, usuário (a) ou membro de movimento da sociedade civil organizada)**, na esfera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(municipal ou estadual),** desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **(mês/ano).**

Declaro ainda o compromisso deste conselho em apoiar o referido conselheiro (a) para participar das atividades do curso de Capacitação de Conselheiros de Saúde, na função **discente**, durante todo o período de realização, assim como disponibilizar as instalações deste conselho para a execução e elaboração das atividades/trabalho do curso.

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

Assinatura e Carimbo Assinatura do Candidato

do Presidente do Conselho conforme documento apresentado