

SUPERINTENDÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E TRABALHO PARA O SUS
ESCOLA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA "CÂNDIDO SANTIAGO"
SECRETARIA ESCOLAR

TERMO DE VÍNCULO E LIBERAÇÃO

Declaro que _____

é servidor desta instituição, com vínculo Efetivo Comissionado Contratado, e atuação na equipe

(descrever equipe área de atuação)

na esfera Municipal Estadual Federal, desde ____/____, e exerce a função na área Assistencial
(mês/ano)

Administrativo.

Declaro ainda o compromisso desta instituição em liberar o servidor para participar das atividades do curso _____, durante todo o período de realização do mesmo, assim como disponibilizar as instalações da instituição para a execução e elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso, bem como outras pesquisas necessárias ao fiel cumprimento de todos os objetivos do curso.

Estou ciente que 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.

Local e Data _____, ____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo do Gestor

Assinatura do Candidato