ANEXO IV – CARTA DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO

MODELO CARTA DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO
(EM PAPEL TIMBRADO DA SECRETARIA DA SAÚDE ou COORDENADOR (A) DO CURSO)

Em conformidade com o que determina a Chamada de Seleção Pública do Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE/MPSF, declaramos que_____ (CPF_____) atua na na Estratégia Saúde da Família/ Atenção Primária à saúde (eSF, eSF Ribeirinha, eSF Fluvial, Atenção Básica à Saúde Indígena, Consultório na Rua, Equipe de Atenção Básica Prisional ou E-Multi) com esta secretaria em _____ (Local/setor de trabalho) na função de _____ desde_____. Desta forma, dou ciência da participação do(a) candidato(a) no processo seletivo do PROFSAÚDE/MPSF e de que, caso seja aprovado (a), da necessidade de participação nos encontros presenciais propostos.

_____,_____/_____/_____,
Cidade-Estado Data

NOME DA SECRETARIA e/ ou COORDENADOR (A): _____

CNPJ:_____

ENDEREÇO:_____

DDD/TELEFONE:_____

VALIDADE DA DECLARAÇÃO:_____

(mencionar o período de validade da autorização. A validade máxima expira em 31/12 do ano da emissão da carta de ciência e autorização)

_____

NOME, CARGO E ASSINATURA DO (A) RESPONSÁVEL
(SECRETÁRIO (A) DE SAÚDE OU PESSOA POR ELE (A) DESIGNADA)