



DECLARAÇÃO DO GESTOR

Declaro que o(a) Sr(a) _____, RG _____, Profissão _____, lotada/o na(o) _____, em exercício da função de _____, se devidamente selecionado(a), tem autorização para freqüentar o Curso de Especialização em Saúde Coletiva: área de concentração, em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde oferecido pelo Centro de Educação Permanente em Saúde (CEPS) da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), com início previsto para março de 2010 e duração de 12 (doze) meses. Concordo com a liberação de 34 (trinta e quatro) horas mensalmente (duas vezes semanas por mês) para participação no Centro de Educação Permanente em Saúde (CEPS) das atividades didáticas em sala de aula, bem como com a dedicação para atividades didáticas à distância, práticas, exercícios e trabalho final de conclusão do Curso.

_____, _____
(local) (data)

Assinatura e carimbo do Gestor.