



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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.