

**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DO GESTOR DA SECRETARIA
MUNICIPAL, ESTADUAL OU FEDERAL DE SAÚDE (MODELO)**

Declaro que o(a) Sr (a) _____,
RG _____ Profissão, _____, lotada/o na/o (nome do
serviço de saúde) _____ do município de
_____, em exercício da função de
_____, tem autorização para freqüentar o Curso de
Especialização em Saúde Coletiva com concentração em Monitoramento, Avaliação e Informações
Estratégicas, a distância, oferecido pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal
da Bahia (ISC/UFBA), com início previsto para 12 de Novembro de 2018 com duração de
um ano.

Atesto que o mesmo desenvolve atividades de monitoramento e avaliação, no
exercício de sua função. Concordo com a liberação de 8 (oito) horas semanais para
participação das atividades didáticas a distância. Ainda, assumo que as despesas para
deslocamento e hospedagem para participar do momento presencial final do curso correrão
por conta desta Secretaria

_____, _____
(local) (data)

(Assinatura e carimbo do gestor)