**ANEXO II**

DECLARAÇÃO DE LIBERAÇÃO PARA PARTICIPAR DO CURSO

Declaro que o (a) servidor (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lotado no (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_, do Município de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tem disponibilidade para participar do **Curso de Qualificação em Acolhimento na Rede Municipal de Atenção à Saúde**, para cumprir a carga horária de 50 (cinquenta) horas, com duração de 5 (cinco) dias durante o período **de 26 a 30 de maio de 2025**.

Município, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura da chefia imediata

Obs. Fazer a declaração com a logomarca do município de origem.