**Declaração de vinculação ao SUS e autorização da Chefia/Gestor**

Declaro que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , exerce a função de (marcar X em uma das opções abaixo):

( ) Agente Comunitários de Saúde

( ) Agente de Combate às Endemias

no Município de ­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no Estado (UF) \_\_\_\_\_\_\_, e atende aos requisitos do Programa Saúde com Agente, instituído pela Portaria MS 3.241/2020. O servidor está autorizado a realizar as atividades previstas no Curso.

Declaro ainda ciência dos itens 2.1.2 e 2.1.2.1 do presente Edital de Processo Seletivo, ficando o Agente de Saúde e a Chefia/Gestor, obrigados a informar imediatamente a Coordenação do Curso a perda ou alteração do vínculo de Agente de Saúde junto ao SUS.

**Dados do Órgão de Lotação do Agente de Saúde**

Nome do Estabelecimento de Saúde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dados da Chefia/Gestor**

Nome completo da chefia imediata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° de registro em Conselho de Classe (se houver) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura

Caso o documento não seja assinado com certificação eletrônica, o mesmo deve conter assinatura legível e carimbo

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

Local e data