**ANEXO I - TERMO DE RESPONSABILIDADE EDITAL DE SELEÇÃO DE ALUNOS Nº 002/2024/DG/ESP/SES/MT**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador (a) do CPF n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, D E C L A R O estar ciente das condições de oferta do Curso de Especialização em Auditoria no SUS, a ser realizado pela Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso e comprometo-me em caso de desistência não justificada, restituir a importância do valor total do investimento do referido curso, conforme estabelecido no Plano de Trabalho Anual da SES-MT/ ESPMT.

LOCAL(MT), \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

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

Assinatura

**ANEXO II - TERMO DE DISPENSA E LIBERAÇÃO DA CHEFIA E COMPROMISSO DO CANDIDATO EDITAL DE SELEÇÃO DE ALUNOS Nº 002/2024/DG/ESP/SES/MT**

Eu,\_\_\_\_(chefia imediata)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador(a) do CPF n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ocupante do Cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_, do Órgão \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, D E C L A R O estar ciente da inscrição de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no Curso de Especialização em Auditoria no SUS, que será desenvolvido no período de julho/2024 a setembro/2025, no período diurno, conforme calendário escolar e comprometo-me a prover as condições de liberação do referido servidor dos seus encargos funcionais para a sua integral frequência às atividades curriculares, conforme consta no Edital de Inscrição do respectivo curso.

Eu, \_\_\_\_\_\_(candidato)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador(a) do CPF N.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, D E C L A R O estar ciente das condições de oferta do Curso de Especialização em Auditoria no SUS, que será desenvolvido no período de julho/2024 a setembro/2025, no período diurno, conforme calendário escolar, e DECLARO ter disponibilidade para a frequência em todas as atividades curriculares, **inclusive no período em que estiver de férias e licença prêmio**, conforme as condições declaradas no respectivo Edital de Inscrição.

 LOCAL (MT), \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

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

Assinatura e carimbo da Chefia

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

Assinatura do Candidato

**ANEXO III - DECLARAÇÃO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICIPIO DE......**

Eu, secretário municipal de saúde do município de XXXX declaro que:

( ) existe na estrutura da SMS serviço de auditoria no SUS em funcionamento,

( ) não existe serviço de auditoria no SUS implantado na SMS, mas me comprometo a implantar até setembro de 2025 como condição para pleitear vaga para especialização em auditoria no SUS;

Assinatura, local e data