

**ANEXO II – TERMO DE DISPENSA E LIBERAÇÃO**

Eu, _____
portador (a) do CPF nº _____, ocupante do cargo
_____,
na instituição/no município _____,
DECLARO estar ciente da inscrição do(a) profissional

no processo seletivo do **Curso de Especialização em Saúde Pública - Sistema Prisional da ESP-MG**, Edital nº 001/2024.

DECLARO que, **se aprovado(a)**, o(a) profissional será liberado(a) para frequentar integralmente as atividades curriculares, conforme previsto no Edital de Seleção do curso. Tenho ciência de que o curso é desenvolvido na **modalidade presencial**, com carga horária total de 400 horas, sendo 360 horas de aulas presenciais e 40 horas de elaboração e apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Tenho ciência de que as atividades letivas presenciais serão concentradas em 03 (três) dias por mês, durante 15 meses, de quarta à sexta-feira, de 8h às 17h, entre os meses de agosto de 2024 e dezembro de 2025.

E-mail institucional:

Telefone institucional:

Data e local.

Assinatura e Carimbo da Chefia Imediata e/ou do Dirigente do Setor de Recursos Humanos da instituição/do município