**ANEXO C**

**TERMO DE SOLICITAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM EVENTO CIENTÍFICO/ACADÊMICO**

**Marcar um X na MODALIDADE DE FORMAÇÃO do Participante**

( ) Atenção Primária à Saúde com ênfase em **Consultório na Rua**

( ) **Enfermagem** em Saúde da Família/APS

( ) **Interprofissionalidade** em Atenção Primária à Saúde

( ) **Medicina** em Saúde da Família e Comunidade/APS

( ) **Odontologia** em Saúde da Família/APS

**Categoria Profissional (*APENAS para OPÇÕES em Consultório na Rua e Interprofissionalidade*)**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Considerando o Regimento do Componente de Provimento e Fixação de profissionais, do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPi, em seu inciso IX do art. 31, eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

profissional participante lotado(a) no município \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho por meio deste, requerer autorização para participação no evento científico/acadêmico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ organizado pela Instituição \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no período de / / \_\_\_\_ a / / \_\_\_\_.

Comprometo-me, em até 90 dias, apresentar cópia do certificado ou declaração, sob o risco de sanção e necessidade de reposição de carga horária.

1. **Anexar a este documento:**
2. Programação do evento em questão;
3. Carta de interesse justificando a importância do evento para seu aprendizado correlacionando com o programa do Provimento do Qualifica APS.
4. **Observação:** Estas participações em atividades acadêmicas e/ou eventos científicos estão condicionadas à anuência do município e do ICEPi/SESA para obtenção do afastamento das atividades. Ao retorno do evento, o profissional participante deverá entregar cópia do certificado de participação ao município e ao ICEPi/SESA em até 90 (noventa) dias. Estas participações não poderão exceder 10 (dez) dias anuais, consecutivos ou alternados.
5. Este Termo de Solicitação **(ANEXO C)** deve ser enviado, incluindo os anexos supracitados, para o ICEPi/SESA através do email do Programa para anuência do ICEPi/SESA e para envio da cópia do certificado de participação.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_.

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

 ASSINATURA PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

NOME COMPLETO, FUNÇÃO, ASSINATURA GESTÃO MUNICIPAL

(Com Carimbo ou Assinatura Digital)

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

NOME COMPLETO, FUNÇÃO, ASSINATURA ICEPi/SESA