



GOVERNO DE ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
INSITTUTO CAPIXABA DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE

TERMO DE SOLICITAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM EVENTO CIENTÍFICO/ACADÊMICO

COMPONENTE DE PROVIMENTO E FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS DO PROGRAMA ESTADUAL DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Categoria: () Odontologia () Enfermagem () Medicina

Considerando o Regimento do Componente de Provimento e Fixação de profissionais, do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde – ICEPi, eu,

CPF nº _____, profissional bolsista 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.

I. **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 supervisionado deverá entregar cópia de certificado de participação ao município e ao ICEPi/SESA em até 90 (noventa) dias.

II. **Anexar a este documento:**

- a) Programação do evento em questão;
- b) Carta de interesse justificando a importância do evento para seu aprendizado correlacionando com o programa do Provimento do Qualifica-APS.

_____, ____/____/____

Assinatura do profissional solicitante

Assinatura do município

Assinatura ICEPi/SESA