# TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, **[nome do(a) Subsecretário(a)]**, Subsecretário(a) de **[nome da Subsecretaria]**, da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo – SESA, manifesto ciência e concordância com a realização da formação educacional intitulada **“[nome da formação]”**, com carga horária de **[número]** horas, na modalidade **[indicar: a distância / presencial / híbrida]**, a ser conduzida pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde – ICEPi.

Declaro, ainda, estar ciente de que a organização, o desenvolvimento e a oferta da referida formação dependerão do financiamento, por parte desta Subsecretaria, bem como da disponibilidade de referências técnicas para apoiar a operacionalização das etapas necessárias ao processo.

Esta anuência é concedida com o propósito de apoiar o desenvolvimento profissional e educacional, em consonância com os objetivos e diretrizes estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.

[Local], [dia] de [mês] de [ano].

[Nome do(a) Subsecretário(a)]  
[Cargo]

[Assinatura]