

INSERIR LOGO DA INSTITUIÇÃO

DECLARAÇÃO

Eu, **INSERIR NOME DA CHEFIA**, autorizo o Sr(a). **INSERIR NOME DO CANDIDATO** a participar do processo seletivo do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Instituto de Saúde (CRH/SES-SP).

Estou ciente de que esse Programa tem por objetivo apoiar profissionais de saúde do SUS-SP a desenvolver projetos de pesquisa que ajudem a solucionar problemas identificados nos serviços onde atuam, contribuindo assim para o fortalecimento do SUS e a melhoria das condições de saúde da população.

O pré-projeto de pesquisa elaborado pelo(a) candidato(a), intitulado **INSERIR TÍTULO DO PRÉ-PROJETO**, é de interesse para este serviço porque **EXPLICAR COMO O PROJETO PODE CONTRIBUIR COM O SERVIÇO**.

Autorizo também, caso o(a) candidato(a) seja aprovado(a), sua participação nas atividades presenciais do Programa, que serão realizadas todas as sextas-feiras das 9h às 17h no período de agosto de 2025 a julho de 2027.

INSERIR LOCAL E DATA.

Nome:

Cargo:

Assinatura: