**ANEXO II**

**Orientações:**

* A declaração deve ser assinada pelo gestor superior ao candidato, que representa a instituição de origem.
* A declaração deve incluir o nome completo legível do gestor, bem como sua função na instituição, junto à sua assinatura**.**

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE VÍNCULO COM INSTITUIÇÃO PÚBLICA**

À Coordenação do Curso de MBA em Avaliação de Tecnologias em Saúde (HAOC/PROADI-SUS/MS).

Declaro que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [Nome completo do candidato aqui] atua na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [Nome da instituição aqui], sob o cargo/função de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [especificar cargo/função do candidato à vaga], por meio de vínculo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [especificar tipo de vínculo do candidato à vaga (servidor estatutário, celetista, comissionado, bolsista, voluntário ou contratado temporariamente)], desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [especificar data de início do vínculo].

Atenciosamente,

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

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

Nome do gestor responsável

Cargo/Função na instituição