

**ANEXO B\***

**DECLARAÇÃO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE OU GERENTE DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA OS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA CONTRATADOS OU EFETIVOS NO MUNICÍPIO**

Para fins de comprovação junto à coordenação do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), eu, (nome do Secretário), Secretário Municipal de Saúde de (nome do município), declaro que (nome do candidato) atua como (cargo do candidato) neste município desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

Assinatura: \_\_\_\_\_

CARIMBO

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone e e-mail: \_\_\_\_\_

\* Esta declaração deve ser digitada em papel timbrado com logomarca da prefeitura ou secretaria municipal de saúde, assinada e carimbada pelo secretário de saúde do município onde o candidato trabalha.