



PROFSAÚDE

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

"COMUNICADO SOBRE ENVIO DE DOCUMENTAÇÃO"

Prezado candidato que está concorrendo a uma vaga pela Universidade Federal do Sul da Bahia,

A Coordenação Institucional do PROFSAÚDE/MPSF comunica que os anexos solicitados junto à documentação exigida no edital, devem estar corretamente preenchidos, seguindo **rigorosamente** os modelos dos: “Anexo III – Formulário de Inscrição” e “Anexo IV – Declaração Vínculo Empregatício”. Com o intuito de evitar erros no preenchimento dos mesmos, quer seja pelo candidato, quer seja pelo gestor/secretário/coordenador do SUS que irá emitir a declaração de vínculo empregatício. Também, se faz necessário que estes documentos sejam elaborados no formato original, de maneira a dar fé de sua autenticidade pela Comissão de Avaliação.

Por fim, agradecemos, revise se todos os documentos exigidos e seus **anexos** estão corretamente preenchidos antes do envio, pois os mesmos fazem parte importante da documentação a ser avaliada.

Att.,

Coordenação Institucional do PROFSAÚDE/MPSF



PROFSAÚDE

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANEXO IV – DECLARAÇÃO VÍNCULO EMPREGATÍCIO DECLARAÇÃO MODELO PARA VÍNCULO EMPREGATÍCIO

(EM PAPEL TIMBRADO DA SECRETARIA DA SAÚDE ou COORDENADOR DO CURSO)

Em conformidade com o que determina a Chamada de Seleção Pública do Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAUDE/ MPSF, declaramos que, CPF mantém vínculo empregatício na atenção básica ou na Estratégia Saúde da Família (Equipe Saúde da Família, Equipe de Saúde Bucal ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família) na área de gestão, atenção ou preceptoria em serviço com esta secretaria e/ou preceptor ou docente desta universidade atuando em(Local/setor de trabalho) na função de desde Desta forma, dou ciência da participação do candidato no processo seletivo do PROFSAUDE/ MPSF e de que, caso seja aprovado, da necessidade de participação nos encontros presenciais propostos.

Cidade - Estado e data

NOME DA SECRETARIA e/ ou COORDENADOR:

.....

CNPJ:.....

ENDEREÇO:.....

DDD/TELEFONE.....

VALIDADE DA DECLARAÇÃO.....

(mencionar o período de validade da declaração. A validade máxima expira em 31/12 do ano da emissão da declaração)

NOME, CARGO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL (SECRETÁRIO DE SAÚDE OU PESSOA POR ELE DESIGNADA)