**ANEXO III**

**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**.**
* Aos candidatos das vagas de profissionais membros de NATS, a carta deverá estar assinada pelo coordenador do NATS de origem do candidato.

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE LIBERAÇÃO DO GESTOR**

**PARA INSCRIÇÃO E PARTICIPAÇÃO NO CURSO**

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

Declaro que estou ciente da participação de [Nome completo do candidato aqui]\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que trabalha atualmente nessa instituição, sob o cargo/função de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [especificar cargo, lotação e, se for o caso, a função candidato], no processo seletivo para o Curso de MBA em Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), realizado pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz, na cidade de São Paulo, com financiamento do HAOC/PROADI-SUS/MS.

Declaro ainda estar ciente de que as aulas ocorrerão uma vez por mês às quintas, sextas e sábados, no horário das 8h00 às 18h00 (quintas-feiras e sextas-feiras) e das 8h00 às 17h00 (sábados). Neste aspecto, confirmo que fui devidamente informado(a) sobre os 15 encontros online e presenciais na cidade de São Paulo, e que um desses encontros será uma semana de imersão, com aulas de segunda a sexta-feira (das 8h00 às 18h00), previstas para o mês de março de 2025.

Ciente das informações supracitadas, declaro compromisso em liberar o referido profissional para participar de todas as atividades do curso, durante todo o período de realização, assim como disponibilizar as instalações da instituição para a execução e elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC), bem como outras pesquisas necessárias ao fiel cumprimento de todos os objetivos do programa.

Comprometo-me a compatibilizar os horários e atividades trabalhistas do(a) candidato(o) acima mencionado com as atividades do Curso de MBA em Avaliação de Tecnologias em Saúde (HAOC/PROADI-SUS/MS).

Atenciosamente,

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

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

Nome do gestor responsável

Cargo/Função na instituição