

ANEXO 5

Termo de Anuência

Processo Seletivo para PRECEPTOR no Programa de Preceptoría da SMS
Edital nº 002/2024

Eu, _____, gestor(a) do(a)
_____, decreto funcional nº _____,
declaro, para os devidos fins, que _____,
matrícula funcional nº _____, lotado(a) na Unidade de Saúde
_____ no cargo/função de _____,

está autorizado(a) a designar 04 (quatro) horas diária durante seu período de trabalho para o desenvolvimento de atividades de preceptoría referentes ao Programa de Preceptoría dos médicos e enfermeiros que assistirão aos estudantes do curso de medicina e enfermagem.

Declaro-me ciente de que as atividades de preceptoría serão desenvolvidas tanto na unidade de lotação do(a) preceptor(a) quanto em outros locais, segundo a previsão do Projeto, e que estou de acordo.

Catalão, _____, de _____ de 2024.

Assinatura e carimbo da chefia imediata