

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA PARAÍBA

ANEXO II

MODELO DE DECLARAÇÃO DE VÍNCULO COM O REAP QUALI  
(Gestor)

Eu, (nome do candidato), \_\_\_\_\_ portador do CPF nº  
, **declaro** que:

- a) Apresento vínculo de **Gerente Regional** e disponibilidade para cumprir a carga horária exigida pelo curso de Especialização, conforme Edital ESP-PB Nº 04/2024;
- b) Estou ciente de que a minha participação no curso depende da validação da inscrição;
- c) Estou ciente que a ausência, o preenchimento incorreto ou informações inverídicas de quaisquer dos dados fornecidos por mim poderá acarretar a invalidação da inscrição para os cursos de Especialização.

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato

\_\_\_\_\_  
Assinatura de validação  
Gestor responsável