



ANEXO I – TERMO DE DISPENSA E LIBERAÇÃO

Eu, _____
portador(a) do CPF nº _____, ocupante do cargo
_____, na
Instituição _____,

DECLARO estar ciente da inscrição do(a) profissional

no processo seletivo do **Curso de Especialização em Saúde Pública da ESP-MG**, Edital nº 001/2025.

DECLARO que, **se aprovado(a)**, o(a) profissional será liberado(a) para participação nas atividades letivas e que serão asseguradas as condições para que possa frequentar integralmente as atividades curriculares, conforme previsto neste edital de seleção. Tenho ciência de que o curso é desenvolvido na **modalidade presencial**, com carga horária total de 400 horas, sendo 360 horas de aulas presenciais e 40 horas de elaboração e apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Tenho ciência de que as atividades letivas presenciais serão realizadas em três dias consecutivos por mês, de quarta à sexta-feira, de 8h às 17h, na ESP-MG, em Belo Horizonte/Minas Gerais, entre os meses de maio de 2025 e agosto de 2026.

E-mail institucional:

Telefone institucional:

Data e local

*Assinatura e Carimbo da Chefia Imediata e/ou da/o Dirigente do Setor de Recursos Humanos da
Instituição*