

### ANEXO 3

#### Declaração de Atuação e Vínculo Empregatício

##### DECLARAÇÃO

##### MODELO PARA COMPROVAÇÃO DE VÍNCULO

*(Em papel timbrado da secretaria da saúde)*

Em conformidade com o que determina a Chamada de Seleção Pública n.01/2025 - MPSE/RENASE, declaro que ..... (*nome completo ou nome social*), CPF....., atua como profissional de nível superior, na categoria profissional de ..... na Estratégia Saúde da Família (Equipe Saúde da Família, Equipe de Saúde Bucal ou Núcleo Ampliado de Saúde da Família) na área de Gestão ou Atenção, exercendo suas atividades em ..... (Local/setor de trabalho) ..... na função de ..... desde .....

Desta forma, dou ciência da participação do candidato no processo seletivo do Mestrado Profissional em Saúde da Família - MPSE/RENASE. Tenho ciência que as atividades ocorrerão, a priori, quinzenalmente, às quintas e sextas-feiras.

Local - Estado e data:

Nome da Secretaria:

CNPJ:

Endereço:

DDD/telefone:

Nome, cargo, carimbo e assinatura do secretário de saúde: