

**Anexo II (MODELO)**

**CARTA DE APRESENTAÇÃO E LIBERAÇÃO**

**DIRETOR/GESTOR/COORDENADOR DA MATERNIDADE**

.....  
**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA.**

Para fins de comprovação junto à Coordenação do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), eu,

\_\_\_\_\_  
(nome da pessoa),

\_\_\_\_\_  
(nome do cargo – Diretor, Gestor ou Coordenador),

\_\_\_\_\_  
(nome da Maternidade) apresento,

\_\_\_\_\_  
(nome do candidato),

para o curso supra citado e comprometendo-me a liberá-lo (a), por considerá-lo ator estratégico para a melhoria da assistência obstétrica prestada nesta maternidade. Declaro estar de acordo com o plano de intervenção proposto pelo candidato, a ser desenvolvido neste serviço.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2016.

Assinatura:

\_\_\_\_\_  
CARIMBO

Nome:

\_\_\_\_\_  
Telefone e e-mail:

\_\_\_\_\_  
\* Esta declaração deve ser digitada em papel timbrado com logomarca da **Maternidade/ Instituição onde o /candidato/enfermeiro esteja atuando**, assinada e carimbada pelo **diretor, gestor ou coordenador**.

**(ANEXO III)**

**TERMO DE COMPROMISSO**

Declaro que respondo aos pré-requisitos estabelecidos neste Edital (quanto a formação profissional e cargo assumido na Maternidade .....), e que estou ciente que:

1. a minha matrícula somente será efetuada após a confirmação, pela Coordenação do CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM OBSTÉTRICA – REDE CEGONHA, de minha aprovação;
2. é vedado o registro acadêmico simultâneo em dois cursos ofertados pela UFMG;
3. é obrigatória a minha participação em todos os encontros/momentos presenciais agendados pela coordenação e que poderão ocorrer inclusive nos sábados, salvo comunicação em contrário;
4. o não-recebimento do material didático impresso não será aceito como justificativa de prejuízo no aproveitamento do curso, uma vez que o acesso ao material está assegurado em meio eletrônico;
5. serão necessárias, em média, oito horas semanais para desenvolver as atividades do Curso.
6. Comprometo-me a permanecer neste serviço por um período de 12 meses após o término do curso de especialização em enfermagem obstétrica.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

Nome do candidato:

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