**ANEXO II – TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*nome do diretor(a)*)\_\_\_\_\_\_\_\_, Diretor(a) do Centro \_\_\_\_\_\_\_\_(*nome do Centro*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_, do *Campus* de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*nome do Campus*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro(a), pelo presente termo, estar ciente e concordar com a participação do(a) servidor \_\_\_\_\_\_\_\_\_(*nome*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no Programa de pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Pública, nível de mestrado.

*Local e data*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Diretor(a)