

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL**

**CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS**

**CEFOR-PB / SES-PB**

**PROFISSIONAL DA SAÚDE**

**TERMO DE COMPROMISSO DO GESTOR**

Eu **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, Gestor do município \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - PB, reitero o compromisso desta Secretaria com o profissional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para participar do **Curso de Atualização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas - CASMAD.**

Declaro que o profissional, durante o período do curso, terá o nosso apoio para a realização de atividades, que poderão estar voltadas à avaliação e à intervenção em situações e necessidades concretas dos pontos de atenção.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2017

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Gestor Municipal**