



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

viva
o trabalho.

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL
CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS
CEFOP-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