**DECLARAÇÃO DE APOIO INSTITUCIONAL**

Declaro que o profissional , Coren/CPF nº: , está liberado (total ou parcial), pelo período de vinte e quatro meses, a partir da data da matrícula, para realizar as atividades relacionadas ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem com carga horária presencial mínima de 8 (oito) horas semanais, assim como, participar de encontros presenciais com o orientador de seu estudo, realização de exame de qualificação e defesa de sua dissertação, previstos durante o desenvolvimento deste Programa.

Ribeirão Preto, de de .

Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo Ocupado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_