**DECLARAÇÃO DE APOIO INSTITUCIONAL**

Declaro que o(a) profissional , Coren nº: , está liberado(a) de suas atividades (total ou parcialmente), 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” da EERP/USP, com carga horária presencial mínima de 8 (oito) horas semanais, assim como, para participar de encontros presenciais com o orientador de seu estudo, para realização de exame de qualificação e defesa de sua dissertação, previstos durante o desenvolvimento deste Programa.

(Local) ..............................., (data) \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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