



TERMO DE LIBERAÇÃO

De: Chefia Imediata

Para: Coordenação Programa de Autocuidado em Saúde: **“Assumindo Controle de Sua Saúde”**.

Prezados Senhores,

Declaro que autorizo liberação do(a) servidor(a) _____, ocupante do cargo _____, lotado (a) no(a) _____, para participar do **Programa de Autocuidado em Saúde: “Assumindo Controle de Sua Saúde”**.

Assinatura Chefe Imediato