

## CARTA DE APRESENTAÇÃO

Local \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

À coordenação do curso **Saber Saúde – Prevenção do Tabagismo e de Outros Fatores de Risco de Doenças Crônicas não Transmissíveis.**

Eu, \_\_\_\_\_,  
atuo \_\_\_\_\_,  
pelo período de \_\_\_\_\_, realizando as  
atividades \_\_\_\_\_.

Pretendo realizar o curso **Saber Saúde – Prevenção do Tabagismo e de Outros Fatores de Risco de Doenças Crônicas não Transmissíveis** para  
\_\_\_\_\_,  
comprometendo-me a cumprir as atividades previstas no curso e concluí-lo no tempo  
determinado.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do gestor da Unidade de Saúde/Escola