

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

**À coordenação do curso Fisioterapia Oncoginecológica Ambulatorial do Instituto Nacional de Câncer / Ministério da Saúde.**

O(A) fisioterapeuta \_\_\_\_\_,  
crefiteo \_\_\_\_\_, atua

(nome da unidade de saúde/ coordenação), desde \_\_\_\_\_ (tempo  
de serviço) cumprindo as atividades de \_\_\_\_\_

Tem minha autorização e incentivo para participar das atividades previstas no curso.

---

**Assinatura da Chefia Imediata  
ou gestor da unidade**