

ANEXO II - TERMO DE ANUÊNCIA DO(A) EMPREGADOR(A)

Declaro para os devidos fins que _____ está autorizado(a) e terá flexibilização de horário no trabalho para cursar o Mestrado Profissional junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, caso seja aprovado(a) no Processo Seletivo 12/2025.

Cidade, ____ de _____ de 2025.

Nome completo

Cargo

<https://www.gov.br/governodigital/pt-br/identidade/assinatura-eletronica>

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA
Rua Sarmento Leite, 245 - Porto Alegre, RS, Brasil CEP: 90050-170
e-mail: mpenfermagem@ufcspa.edu.br