**USAR TIMBRE DA INSTITUIÇÃO**

**ANEXO C – DECLARAÇÃO DE INTERESSE DA INSTITUIÇÃO EMPREGADORA**

Declaro para os devidos fins que é de interesse da instituição \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a aprovação do/a enfermeiro/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE), sediado no *campus* Pesqueira.

Local, \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura da chefia na qual o/a candidato/a atua profissionalmente

Nome completo e cargo/função