

**MODELO****CARTA DE CIÊNCIA E APOIO**

Declaro para fins de comprovação junto à coordenação do Projeto SUS nas Escolas, da Fundação Oswaldo Cruz, que \_\_\_\_\_ NOME DO PROFESSOR \_\_\_\_\_, CPF: xxx.xxx.xxx-xx, é professor(a) do Ensino Fundamental 2, da(s) disciplina(s) \_\_\_\_\_ disciplina \_\_\_\_\_, na Escola abaixo identificada:

Nome da Escola:

Código INEP:

Endereço Completo:

Declaro ainda ter ciência e apoiar a participação do referido docente na seleção da Formação Agente SUS nas Escolas, bem como receber e zelar pelos kits que serão enviados à Escola, no caso de aprovação e certificação na Oficina.

Local, xx de xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx de 2026.

---

Assinatura e Carimbo da Direção OU  
Assinatura Digital