**ANEXO VIII**

**DECLARAÇÃO DE RECONHECIMENTO DE DÍVIDA**

A/O **NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO**, inscrita no **CNPJ** sob o nº [número do CNPJ], representada neste ato por [NOME DO REPRESENTANTE DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO], CPF nº [CPF do Representante da Instituição de Ensino], declara, por meio deste instrumento e na melhor forma de direito, que reconhece e aceita a responsabilidade referente à utilização dos campos de estágio obrigatório nas Unidades da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA (SES/SC)**, comprometendo-se a quitar o débito correspondente até a conclusão do semestre subsequente.

**I – UNIDADE CONCEDENTE DA SES/SC**

Reconhece a obrigação para com a/o **NOME DA UNIDADE CONCEDENTE DA SES/SC**, no valor de R$ [valor numérico] ([valor por extenso]), referente ao ano/semestre [ano.semestre].

**II – ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA (ESPSC)**

Reconhece a obrigação para com à **ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA**, no valor de R$ [valor numérico] ([valor por extenso]), referente ao ano/semestre [ano.semestre].

Localidade, data de mês de ano.

|  |
| --- |
| **NOME DO REPRESENTANTE LEGAL**  **NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO** |