N° Func.

FORMULÁRIO Nº 02 – A

SEGUIR INSTRUÇÕES

- Todos os campos devem ser preenchidos (preencher em letra de forma ou legível)
- Não serão aceitos formulários fora do padrão ou desconfigurados, com rasuras, digitados e complementados à caneta.

COMUNICADO DE AUSÊNCIA

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF-SP

Declaro sob as penas de lei que os dados abaixo são verdadeiros.
Declaro ainda, estar em pleno gozo da minha capacidade civil, bem como ter bons antecedentes e gozar de boa reputação por minha conduta pública (Lei nº 6868, 03/12/1980).

Nome:			Nº CRF-PF
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:		Estado:
CEP:	Fone:	Cel.:	
E-mail:			

D E C L A R A Ç Ã O

Eu,		Nº CRF-PF
Farmacêutico (a) Responsável / Farmacêutico (a) Substituto (a) pela empresa:		
Razão Social:		Nº CRF-PJ
Endereço:	N°:	Compl.
Bairro:	Cidade:	Estado:
Venho por meio desta, declarar a V.Sa. que ficarei afastado (a) no período de: **a**		
MOTIVO:		

Sem mais para o momento, subscrevo-me.

, de de
Cidade Dia Mês Ano

Documentos conferidos por:

Assinatura do profissional

Carimbo e / ou nome legível

Assinatura do funcionário