

FORMULÁRIO N° 13 - DECLARAÇÃO DE VÍNCULOS PROFISSIONAIS

SEGUIR INSTRUÇÕES

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

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

Dados do **PROFISSIONAL**:

Nome:		N° CRF-PF:	
Endereço:		N°:	Compl.
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Fone:	Cel.:	E-mail:	

Dados do **ESTABELECIMENTO OU INSTITUIÇÃO DE ENSINO**:

Razão Social:		N° CRF-PJ:	
Nome Fantasia:		Ramo de Atividade:	
CNPJ:			
Endereço:		N°:	Compl.
Bairro:	Cidade:	Estado:	
CEP:	Fone:	E-mail:	
Função exercida:			

HORÁRIO DE TRABALHO

DECLARO para os devidos fins que possuo vínculo com o estabelecimento ou Instituição de Ensino acima desde _____, de acordo com os horários abaixo:

	Entrada	Saída	1° Intervalo		2° Intervalo	
SEGUNDA						
TERÇA						
QUARTA						
QUINTA						
SEXTA						
SÁBADO						
DOMINGO						

OBS:

DECLARO para os devidos fins que possuo vínculo com o estabelecimento ou Instituição de Ensino acima desde _____, sem horário fixo.

Tenho ciência do disposto nos artigos 10 e 19 da Resolução do CFF 596/2014 Anexo I (Código de Ética):

Artigo 10 - O farmacêutico deve cumprir as disposições legais e regulamentares que regem a prática profissional no país, sob pena de aplicação de sanções disciplinares e éticas por este regulamento.

Artigo 19 - O farmacêutico, no exercício profissional, é obrigado a informar por escrito ao respectivo Conselho Regional sobre todos os seus vínculos, com dados completos da empresa (razão social, nome(s) do(s) sócio(s), Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica – C.N.P.J., endereço, horários de funcionamento, de responsabilidade técnica – RT), mantendo atualizados os seus endereços residencial e eletrônico, os horários de responsabilidade técnica ou de substituição, bem como sobre qualquer outra atividade profissional que exerça, com seus respectivos horários e atribuições.

_____	,	de	de
Cidade		Dia	Mês
			Ano

Assinatura do profissional

Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:

Assinatura do funcionário