

FORMULÁRIO Nº 16

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.

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO (PESSOA FÍSICA) Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF-SP

Declaro sob as penas da 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:

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

Cancelamento de Inscrição (assinalar motivo):

Não exercer a profissão

Não residir no Estado

Não residir no País

Falecimento

TERMO DE CIÊNCIA

Eu, Dr. (a) _____, tenho ciência que no caso de existência de instauração de Processo Ético Disciplinar em meu desfavor, o deferimento do pedido de Cancelamento de Inscrição não me desobriga de atender às convocações da Comissão de Ética, bem como ao cumprimento de eventual penalidade que me for aplicada.

PARA USO DO CRF

Na autenticação do protocolo

Documentos Carimbados e Devolvidos ao Profissional

- Cédula
 Carteira Marrom

Documentos Retidos

- Cédula com Chipe

_____	,	de	de
Cidade		Dia	Mês
			Ano

Assinatura do profissional

Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:
_____ Assinatura do funcionário