



FORMULÁRIO Nº 05



REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

Todos os campos devem ser preenchidos de forma legível e sem rasuras.

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

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

Declaro sob as penas da lei, que os dados acima 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).

Pelo presente, venho requerer o CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO por (assinalar o motivo):

- Não exercer a profissão Não residir no Estado Não residir no País
- Possuo Inscrição Secundária no CRF (especificar) _____

TERMO DE CIÊNCIA

Declaro ter 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.

_____	,	de	de	
Cidade		Dia	Mês	Ano

Assinatura do profissional

Carimbo e / ou nome legível

PREENCHER SOMENTE EM CASO DE CANCELAMENTO POR FALECIMENTO DO (A) PROFISSIONAL:

Informo ao CRF-SP o falecimento do (a) profissional acima identificado, conforme certidão de óbito anexa.

Assinatura

Nome Legível e RG

PARA USO DO CRF-SP

Documentos Retidos:

- Cédula de Identidade Profissional
 Carteira de Identidade Profissional

Documentos conferidos por:

Assinatura do funcionário