

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE FARMACÊUTICO

INSC. DEFINITIVA INSC. PROVISÓRIA INSC. SECUNDÁRIA INSC. POR TRANSF.

Eu, _____

Naturalidade _____ Estado _____ Data de Nascimento _____

Estado Civil _____ CPF _____ Carteira de Identidade _____

Expedida em ____ / ____ / ____ SSP _____ Título de Eleitor nº _____

Zona _____ Seção _____ Expedido em ____ / ____ / ____ , Estado _____.

Residente na (Rua/Avenida) _____ Bairro _____.

Município _____, Estado _____, CEP _____ Telefones: () _____ / _____.

Celular: () _____ E-mail: _____

SOLICITO INSCRIÇÃO NO CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO MARANHÃO.

Declaro que concluí o curso de Farmácia na Instituição _____

Campus de _____, localizado na cidade de _____,

tendo colado grau na data de ____ / ____ / ____ . Declaro ainda que o curso de Farmácia que concluí é reconhecido pela Portaria/Decreto nº _____ publicado em D.O.U., em ____ / ____ / ____ .

Informo também que:

() Não mantenho inscrição provisória, definitiva ou secundária em nenhum Conselho Regional de Farmácia.

Mantenho inscrição () provisória / () definitiva / () secundária junto ao CRF/ _____ até a data de ____ / ____ .

Declaro ainda, que as informações acima são verídicas, sob a pena de cometer o crime de “Falsidade Ideológica”, previsto no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, bem como em infração ao Código de Ética da Profissão Farmacêutica e estou ciente que a aprovação de minha inscrição junto ao CRF/MA, está sujeita a confirmação das informações prestadas. Qualquer responsabilidade técnica somente será concedida após a aprovação desta, pela Plenária da Regional.

Declaro ainda que meu sangue é tipo _____ RH _____.

Doador de Órgãos? Sim
 Não

() Autorizo () Não autorizo - receber informes do CRF-MA via E-mail, ligação ou whatsapp;
() Autorizo () Não autorizo - a divulgação dos meus dados cadastrais (endereço/e- mail/telefone) para receber informações sobre eleições, cursos, eventos entre outros assuntos, pertinentes ao CRF-MA;

_____, de _____ de _____.

Assinatura: _____