

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO PROFISSIONAL

FARMACÊUTICO TÉCNICO

ILMO SR.(a) PRESIDENTE

DADOS DO PROFISSIONAL:

Nome: N° Inscrição no CRF-MA

Endereço atualizado no CRF- _____

Rua/Av.:

Bairro: CEP:

Cidade: E-mail

Telefone Fixo: DDD: Celular: DDD: e

Respeitosamente:

Solicitar o **CANCELAMENTO DE MINHA INSCRIÇÃO PROFISSIONAL** no CRF-MA.

Confirmo ainda que as informações prestadas abaixo são verídicas.

a) Solicito cancelamento da minha inscrição por motivo:

- Pessoal Maternidade Aposentadoria Falta de oportunidade
 Estudos Mudança de área Desisti da profissão

Obs.:

b) Atuava na área de:

- Farmácia Distribuidora Hospitalar Análises Clínicas
 Indústria Serviço Público Docência Outra:

c) Quanto tempo exerceu a profissão:

- nunca atuei menos de 1 ano de 1 a 10 anos
 de 11 a 20 anos de 21 a 30 anos acima de 30 anos

d) O cancelamento solicitado é:

- Definitivo Temporário

Sede CRFMA

Rua Faveiros, Qd. B, número 7 – São Francisco,
São Luís-MA
CEP: 65075-270.
Fone: (98) 99129-7749 e 99195-8542
Atendimento ao público:
Segunda à sexta das 9h às 17h

Seccional Imperatriz

Rua Alagoas, nº 516 – Juçara,
Imperatriz-MA
CEP: 65903-279.
Fone/Fax: (99) 3221-8981 e 3221-8989
Atendimento ao público:
Segunda à sexta das 8 às 12h e 14h às 18h.

Seccional Balsas

Rua Dr. Justo Pedrosa nº252. Galeria Scarton,
Sala 02 – Térreo, Balsas-MA
CEP: 65800-000.
Fone: (99) 3541-3891
Atendimento ao público:
Segunda à sexta das 8h às 12h e 14h às 18h.

e) Opinião sobre a profissão:

- Excelente Boa Regular Péssima
- Valorizada Desvalorizada Bem remunerada Mal remunerado

Obs.:

a) Utiliza os conhecimentos do Curso de Farmácia na atividade que realiza atualmente?

- Sim Não

Declaro ainda que estou devolvendo:

- Carteira de Identidade Profissional (CIP) Cédula de Identidade Profissional (CIP) Boletim de Ocorrência Policial (Furto ou perda da CIP)

Tenho ciência ainda que este documento será tramitado com a apresentação em arquivo anexado da imagem do comprovante de pagamento da anuidade ano vigente, documento de identificação (RG ou CNH) (frente e verso) cuja assinatura esteja igual a do formulário PDF e a devolução (enviado por sedex) dos documentos originais carteira de identidade profissional (marron) e cédula de identidade (caso tenha ou Boletim de Ocorrência Policial).

- Autorizo receber informações do CRF-MA, referente a esta solicitação, via: E-mail, Whatsapp, Ligação ou Correios.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Farmacêutico