



CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARÁ E AMAPÁ

DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES

Declaro para os devidos fins que exerço atualmente as seguintes atividades profissionais ou análogas:

01. FIRMA: _____
END.: _____
CIDADE: _____ CEP: _____
TELEFONE: _____ CARGO/FUNÇÃO: _____
HORÁRIO DE ASSISTÊNCIA: _____

02. FIRMA: _____
END.: _____
CIDADE: _____ CEP: _____
TELEFONE: _____ CARGO/FUNÇÃO: _____
HORÁRIO DE ASSISTÊNCIA: _____

03. FIRMA: _____
END.: _____
CIDADE: _____ CEP: _____
TELEFONE: _____ CARGO/FUNÇÃO: _____
HORÁRIO DE ASSISTÊNCIA: _____

04. Não exerço outras atividades profissionais ou análogas () Declaro também, ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou a declaração falsa no presente documento, sujeita-me a ação criminal pelo cometimento do crime de "falsidade ideológica", previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro e falta ética prevista no artigo 23 Inciso IV do Código de Ética Profissional, bem como, comprometo-me a comunicar o CRF sobre as eventuais alterações que ocorrerem a qualquer tempo nas informações prestadas, sob pena de incorrer nas mesmas penalidades.

_____, _____ de _____ de _____

FARMACÊUTICO(A)

CRF- PA/AP Nº _____