



CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARÁ E AMAPÁ

FORMULÁRIO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Pará e Amapá, pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino (Lei 3.820/60).

Eu, _____, farmacêutico(a) inscrito(a) no CRF/____, sob o nº _____, venho por meio deste solicitar a V. Sa. o cancelamento de minha inscrição profissional por (motivo):

Declaro, sob as penalidades legais, que as informações acima são verdadeiras

Belém, _____ de _____ de _____

Assinatura do requerente _____

Documentos conferidos

Assinatura do(a) funcionário(a)

Informações:

a) Por que está deixando de exercer a profissão?

b) Em que área atuava?

c) Quanto tempo exerceu a profissão?

d) O cancelamento solicitado é definitivo ou temporário?

e) Qual a sua opinião sobre a profissão?

f) Atua ou atuou em magistério superior? Caso afirmativo em que instituição e qual os conteúdos ministrados?

g) Atua ou atuou no serviço público? Qual a função que exerce ou exerceu?

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