FORMULÁRIO Nº 04

REQUERIMENTO DE CERTIDÕES – PESSOA FÍSICA

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

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

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

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

☐ Certidão de Regularidade Profissional

☐ Certidão de Equivalência Fora do país: ____ vias. Lacrada? ☐ Sim ☐ Não

☐ Certidão para fins de Inscrição Secundária em outro Regional. Informe o estado: _____

☐ Certidão para Anotação da Atividade Profissional Farmacêutica - AAPF

☐ Outras: _____

Nestes termos, peço deferimento.

,	de		de
Cidade	Dia	Mês	Ano

_____
Assinatura do profissional

_____
Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:
Assinatura do funcionário