



## FORMULÁRIO Nº 08



### COMUNICADO DE AUSÊNCIA/ COMUNICADO DE RETORNO ÀS ATIVIDADES

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:			

### DECLARAÇÃO

Eu,		Nº CRF-PF	
Farmacêutico (a) Responsável / Farmacêutico (a) Substituto (a) pela empresa:			
Razão Social:		Nº CRF-PJ	
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:	CEP:	Estado:
<input type="checkbox"/> Venho declarar que ficarei afastado (a) no período de: <input type="checkbox"/> ___/___/___ a ___/___/___ <input type="checkbox"/> <b>Indeterminado</b>			
<b>MOTIVO:</b>			
<input type="checkbox"/> Venho declarar meu retorno às atividades em ___/___/___.			

**Sem mais para o momento, subscrevo-me.**

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Cidade Dia Mês Ano

\_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional

\_\_\_\_\_  
Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do funcionário