



FORMULÁRIO Nº 10



COMUNICADO DE OUTROS VÍNCULOS / DESVÍNCULOS PROFISSIONAIS EXCETO RESPONSABILIDADE TÉCNICA/ FARMACÊUTICO SUBSTITUTO

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).

Dados do PROFISSIONAL:

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

Dados do ESTABELECIMENTO:

Razão Social:		Nº CRF-PJ:	
Nome Fantasia:		Ramo de Atividade:	
CNPJ:			
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:	Estado:	
CEP:	Fone:	E-mail:	
Função exercida:			

Pelo presente, venho informar o que abaixo discrimino:

DECLARAÇÃO DE VÍNCULO

DECLARO para os devidos fins que **possuo vínculo** com o estabelecimento informado acima desde ____/____/____:

Sem horário fixo

No horário abaixo

	Entrada	Saída	1º Intervalo	2º Intervalo
SEGUNDA				
TERÇA				
QUARTA				
QUINTA				
SEXTA				
SÁBADO				
DOMINGO				

Tenho ciência do disposto nos artigos 10 e 23 da Resolução do CFF nº 724/2022 (Código de Ética).

DECLARAÇÃO DE DESVÍNCULO

DECLARO para os devidos fins que **não possuo vínculo** com o estabelecimento informado acima desde ____/____/____:

O declarante se responsabiliza pelo conteúdo da declaração para todos os efeitos legais, especialmente ao disposto no título I, artigo 15, inciso XII, da Resolução nº 724/2022 (Código de Ética).

_____, de _____ de _____
Cidade Dia Mês Ano

Assinatura do profissional

Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:

Assinatura do funcionário