



REQUERIMENTO DE DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL – TEMPORÁRIA
Formulário PDF com preenchimento dos campos digitados - *Campos de preenchimento obrigatório

ILMO SR. PRESIDENTE

Nome* : *CRF-PR nº:

E-mail* : Celular*: DDD

Declaro para fins de atividade no Estabelecimento a seguir:

Nome Fantasia*:

Razão Social *

CNPJ*: Município de:

que exercerei atividade técnica profissional, conforme documentação comprobatória, no período* de / / a / / , em substituição ao farmacêutico abaixo, afastado POR até 30 dias,

Nome* : *CRF-PR nº:

E-mail* : Celular*: DDD

Declaro que efetuarei mesmo horário declarado pelo profissional afastado acima, junto ao CRF-PR;

Realizarei horários específicos (diferente), conforme abaixo:

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>
Fim: <input type="text"/>	Fim: <input type="text"/>	Fim: <input type="text"/>	Fim: <input type="text"/>	Fim: <input type="text"/>	Fim: <input type="text"/>	Fim: <input type="text"/>
Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>
Fim: <input type="text"/>	Fim: <input type="text"/>	Fim: <input type="text"/>	Fim: <input type="text"/>	Fim: <input type="text"/>	Fim: <input type="text"/>	Fim: <input type="text"/>

Nos termos acima, firmo o compromisso perante o CRF-PR, e, em cumprimento ao dever profissional, declaramos que prestaremos efetiva assistência técnica nas formas declaradas, e demais compromissos para com a profissão farmacêutica, de acordo com o que dispõe a Lei 3.820/60 e as Resoluções do CFF, em especial ao Código de Ética Farmacêutica e legislações complementares, ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal (falsidade ideológica). Declaro ainda ter conhecimento que deverei informar ao CRF-PR o término da presente atividade, quando a mesma for antecipada, sob pena de responsabilidade profissional, inclusive processo ético disciplinar.

Declaro ainda, para os devidos fins que:

Não exerço outras atividades profissionais (quaisquer, inclusive aulas), ou outra diversa;

Exerço atualmente as seguintes atividades nos locais e horários abaixo:

Cidade: Data Mês: Ano:

NOTA:

A DAP TEMPORÁRIA é válida apenas para afastamentos ou impedimentos temporários dos titulares, como férias, folgas, licenças específicas, licenças trabalhistas, educação continuada, realização de cursos, congressos, dentre outros, **limitados à 30 (trinta) dias contínuos**, desde que **regular o estabelecimento**, sendo **vetado** a renovação ao mesmo profissional substituído por período subsequente, sob pena de responsabilidade ética.

O farmacêutico DAP temporário, não poderá possuir outra atividade em horário conflitante ao que pretende executar, sob pena de infração ética-disciplinar e demais cominações legais;

Cabe ao farmacêutico requerente, **dar ciência** ao Diretor Técnico e ao Representante Legal, para averiguarem no acesso restrito da Ferramenta **CRF-PR em Casa** do estabelecimento, a regularidade do procedimento efetuado, e que o estabelecimento deverá estar regular durante o período;

A DAP Temporária deverá ser protocolada **preferencialmente com 24 horas de antecedência**, não sendo impeditivo em casos de **urgência e emergência** ser efetuado no início da atividade;

A DAP Temporária será **cancelada** sempre que ocorrer alguma baixa de RT de algum farmacêutico fixo do estabelecimento (D.T., A.T. ou Substituto); Devo deixar visível ao público e fiscalização, o documento de DAP, o respectivo protocolo e a escala de trabalho se a substituição temporária envolver plantões ou folgas.

**ASSINATURA DO PROFISSIONAL
REQUERENTE DA DAP TEMPORÁRIA**