



Formulário PDF editável – preencher digitalmente
REQUERIMENTO INSCRIÇÃO DEFINITIVA POR TRANSFERÊNCIA

ILMO SR PRESIDENTE

PROCESSO Nº:

Nome:

Rua/Av.:

Nº/Compl. Bairro: CEP:

Cidade: E-mail

Telefone Fixo: DDD:() Celular: DDD:() e

SOLICITO INSCRIÇÃO DEFINITIVA NO CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO PARANÁ:

Declaro que concluí o curso de Farmácia na Instituição

Campus de , localizado na cidade de ,

tendo colado grau na data de / / . Declaro ainda que o curso de Farmácia que concluí é reconhe-

cido pela Portaria/Decreto nº publicado em D.O.U., em / / .

Informo também que:

Não mantenho inscrição provisória ou definitiva em outro Conselho Regional de Farmácia.

Mantive inscrição: provisória / definitiva junto ao CRF/ até a data de / / e que solicitei:

Cancelamento de inscrição;

Baixa de inscrição;

Transferência da inscrição para o CRF/ .

ainda mantenho inscrição no CRF/ .

Declaro ainda, que as informações acima são verídicas, sob a pena de cometer o crime de “Falsidade Ideológica”, previsto no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, bem como em infração ao Código de Ética da Profissão Farmacêutica e estou ciente que a aprovação de minha inscrição junto ao CRF/PR, está sujeita a confirmação das informações prestadas. Qualquer responsabilidade técnica somente será concedida após a aprovação dessa pelo Plenário do Regional.

Declaro que meu sangue é tipo RH .

Cidade: Data: Mês: Ano:

Assinatura do Farmacêutico