



Formulário PDF editável – preencher digitalmente  
**REQUERIMENTO INSCRIÇÃO DEFINITIVA**

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