

FORMULÁRIO Nº 01

SEGUIR INSTRUÇÕES

- Todos os campos devem ser preenchidos (preencher em letra de forma ou legível)
- Não serão aceitos formulários fora do padrão ou desconfigurados, com rasuras, digitados e complementados à caneta.

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO/ REATIVAÇÃO – PESSOA FÍSICA

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:			
Nome do Pai:						
Nome da Mãe:						
Data de Nascimento:		Estado Civil:		CPF:		
RG.:		Órgão Expedidor:		Data de Expedição:		
Cidade de Nascimento:			Nacionalidade:			
Reservista:		Doador de órgãos e tecidos?		Sim	Não	
Título de Eleitor:	Zona:	Seção:	Estado:			
Tipo Sanguíneo:	A	B	AB	O	Fator RH: Positivo	Negativo

Dados Educacionais:

Nome da Instituição:				Campus:	
----------------------	--	--	--	---------	--

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

Inscrição Definitiva **Categoria:** Farmacêutico Aux. Téc. Análises Clínicas Outros:

Inscrição Definitiva Direta

Inscrição Provisória

Inscrição Secundária

Reativação de Inscrição

Já foi inscrito em outro Estado?

Sim Não

Se SIM, descrever em qual(is): _____

DOCUMENTOS ANEXADOS

Cédula

Carteira Marrom

Diploma

Nestes termos, peço deferimento,

_____ de _____ de _____			
Cidade	Dia	Mês	Ano

--

Assinatura do profissional

Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:

Assinatura do funcionário

Alterado em 09/05/2018