

# FORMULÁRIO Nº 16

## 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 CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO (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:

#### Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

Cancelamento de Inscrição (assinalar motivo):

Não exercer a profissão

Não residir no Estado

Não residir no País

Falecimento

#### TERMO DE CIÊNCIA

Eu, Dr. (a) \_\_\_\_\_, tenho ciência que no caso de existência de instauração de Processo Ético Disciplinar em meu desfavor, o deferimento do pedido de Cancelamento de Inscrição não me desobriga de atender às convocações da Comissão de Ética, bem como ao cumprimento de eventual penalidade que me for aplicada.

#### PARA USO DO CRF

Na autenticação do protocolo

#### Documentos Carimbados e Devolvidos ao Profissional

- Cédula  
 Carteira Marrom

#### Documentos Retidos

- Cédula com Chipe

_____	,	de	de
Cidade		Dia	Mês
			Ano

\_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional

\_\_\_\_\_  
Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:
_____ Assinatura do funcionário