

FORMULÁRIO Nº 26

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 TRANSFERÊNCIA DO CRF-SP PARA OUTRO REGIONAL 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:	
Estado Civil:	CPF:		Reservista:	
RG:	Órgão Expedidor:		Data de Expedição	
Título de Eleitor:		Zona:	Seção:	Estado:
Doador de órgãos e tecidos? Sim Não		Tipo Sanguíneo: A B AB O		Fator RH: Positivo Negativo

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

Transferência do CRF-SP para o CRF (especificar):

Quanto à Certidão de Transferência e à Carteira Marrom:

Desejo retirar os documentos pessoalmente no CRF-SP

Desejo que o CRF-SP encaminhe os documentos para o outro Regional

DOCUMENTOS ANEXADOS

Cédula
Carteira Marrom
Diploma

TERMO DE CIÊNCIA

Eu, Dr. (a) _____, tenho ciência que no caso de existência de instauração de Processo Ético Disciplinar, este continuará sem interrupção nos termos do § 1º do Art 2º, do Anexo II da Res. CFF nº 596/14. Também tenho ciência que, de acordo com a Resolução 638/2017, a certidão terá validade de 60 dias a contar da data de expedição.

_____, de _____ de _____
Cidade Dia Mês Ano

Assinatura do profissional

Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:
_____ Assinatura do funcionário