



FORMULÁRIO Nº 01



REQUERIMENTO DE SERVIÇOS DE INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA

Todos os campos devem ser preenchidos de forma legível e sem rasuras.

CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

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:		Doador de órgãos e tecidos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Filiação:			
Data de Nascimento:	Estado Civil:		CPF:
RG.:	Órgão Expedidor:	Data de Expedição:	
Cidade de Nascimento:		Nacionalidade:	
Título de Eleitor:	Zona:	Seção:	Estado:
Tipo Sanguíneo: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O		Fator RH: <input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo

Dados Educacionais:

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

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

- Inscrição Definitiva **Categoria:** Farmacêutico Aux. Téc. Laboratório Oficial de farmácia
- Inscrição Definitiva Direta
- Inscrição Provisória
- Inscrição Secundária
- Reativação de Inscrição
- Revalidação de Inscrição Provisória
- Inscrição Remida
- Já foi inscrito em outro Estado?**
- Não Sim - Informar em qual(is): _____
- Alteração de Provisória para Definitiva
- Revalidação de Inscrição Definitiva (estrangeiros)
- Visto no CRF-SP

DOCUMENTOS ORIGINAIS ANEXADOS

- Diploma/Certificado Carteira de Identidade Profissional Cédula de Identidade Profissional (papel)

Nestes termos, peço deferimento,

_____	, de _____ de _____
Cidade	Dia Mês Ano

Assinatura do profissional

Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:
Assinatura do funcionário