



FORMULÁRIO Nº 26



REQUERIMENTO DE ACORDO DE COOPERAÇÃO

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

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF-SP

Venho requerer acordo de cooperação para a realização da solenidade de compromisso profissional dos formados em nome da **Instituição de Ensino Superior (IES) abaixo identificada:**

IES: _____ **CNPJ:** _____

Data da Colação de Grau: _____ (data que constará no certificado/diploma/histórico)

Coordenador do Curso / Representante da IES:

Nome: _____ Cargo: _____

Fone: _____ e-mail: _____

No ato da colação de grau o formando receberá diploma? NÃO SIM - físico digital

Quantidade de possíveis formandos: _____

Local para o Juramento (especificar se prefere na Sede ou em uma das Seccionais. Neste caso, indicar qual é a Seccional): _____

Observação: dependendo da quantidade de formandos, poderá ocorrer em local previamente estabelecido pelo CRF-SP fora de suas unidades.

DECLARO estar ciente de que para a realização deste acordo de cooperação é parte obrigatória da IES:

- **Fornecer ao CRF-SP a listagem dos prováveis formandos** contendo nome e graduação no ato da protocolização deste documento (mínimo de 10 formandos);
- **Fornecer aos formandos no dia da Colação de Grau a Declaração/Certificado de Conclusão do Curso ou diploma, contendo a data de colação de grau e do histórico escolar de farmácia,** conforme disposto no artigo 20 da Resolução nº 638/2017, do Conselho Federal de Farmácia;
- Divulgar aos formandos as orientações referentes a este Acordo de Cooperação, no que se refere ao **pré-cadastro no site do CRF-SP obrigatoriamente no primeiro dia útil após a Colação de Grau,** bem como à obrigatoriedade de apresentar os documentos, conforme a carta de serviços disponível no site do CRF-SP ([CRF-SP - Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo \(crfsp.org.br\)](http://crfsp.org.br)).
- **Fornecer ao CRF-SP no primeiro dia útil seguinte à Colação de Grau a listagem de formandos no curso (alunos que realmente colaram grau).**

Declaro, ainda, estar ciente de que o não cumprimento de todos os itens acima poderá resultar no cancelamento do juramento.

_____, de _____ de _____
Cidade Dia Mês Ano

Assinatura do Coordenador/Representante da IES

Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:

Assinatura do funcionário