



Formulário XI

Ilmo Sr.

Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro

Formulário de Cancelamento de Inscrição

Atenção

Todos os campos devem ser preenchidos de forma legível ou em letra de forma.

Não será aceito formulário fora do padrão, desconfigurado, com rasuras ou com complementação à caneta.

Eu, _____, farmacêutico/ técnico inscrito no CRF-RJ sob o nº _____ venho por meio deste solicitar a V.Sa. o cancelamento de minha inscrição profissional por motivo de : _____

Informações:

Confirmo que as informações prestadas abaixo são verídicas:

a) Quanto tempo exerceu a profissão? _____

b) Atua em magistério superior? Caso afirmativo em qual instituição e quais os conteúdos ministrados? _____

c) Atua no serviço público? Qual função exerce? _____

d) Utiliza os conhecimentos do Curso de Farmácia na atividade que realiza atualmente? _____

Declaro, que estou ciente de que na ocorrência de declaração falsa no presente documento, sujeitar-me-ei à ação criminal pelo cometimento de crime de falsidade ideológica, previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, e falta ética prevista no artigo 18, inciso II do Código de ética da Profissão Farmacêutica.

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 6868, 03/12/1980).

No caso de existência de instauração de Processo Ético Disciplinar em meu desfavor, o deferimento do pedido do cancelamento da inscrição não me desobriga de atender as convocações da Comissão de Ética, bem como, ao cumprimento de eventual penalidade que me for aplicada.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Requerente



Check List Cancelamento de Inscrição

Em conformidade com a Resolução Nº 638 de 24 de março de 2017, que dispõe sobre a inscrição, o registro, o cancelamento de inscrição e a averbação nos Conselhos Regionais de Farmácia, e dá outras providências.

Análise Prévia

1. O requerimento de cancelamento de inscrição encontra-se preenchido, data e assinado. Sim Não
2. O(A) requerente possui débito(s). Sim Não
3. O(A) requerente possui responsabilidade(s) técnica(s). Sim Não
4. O(A) requerente anexou a carteira de identidade profissional. Sim Não
5. O(A) requerente anexou a cédula de identidade profissional chip. Sim Não

OBS. Na hipótese de extravio, furto ou roubo da cédula e/ou carteira, o(a) profissional deverá entregar ao CRF o Boletim de Ocorrência Policial constando o fato. O(A) requerente apresentou o Boletim de Ocorrência. Sim Não

Estou ciente de que deverei complementar a documentação exigida acima no prazo de 05 (cinco) dias, caso contrário minha inscrição permanecerá ativa neste Conselho de Farmácia.

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura do Requerente

Do: Serviço de Registro Para: Serviço de Secretaria
Documentos conferidos por:

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura do Funcionário

Do: Serviço de Secretaria Para: Plenário

Providenciar cancelamento de inscrição: Sim Não

Para que possamos encaminhar o processo para cancelamento de inscrição pelo Plenário, o (a) requerente deverá apresentar:

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura do Funcionário