

## Declaração de Atividade Profissional – DAP

Eu \_\_\_\_\_, farmacêutico (a) regularmente inscrito(a) sob o número \_\_\_\_\_, habilitado na forma da lei, residente no endereço \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, declaro para fins de atividade junto ao estabelecimento com Razão Social \_\_\_\_\_, Nome Fantasia \_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_, localizado no endereço \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_ que exercerei atividade técnica profissional, conforme documentação comprobatória anexa, no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, em substituição ao farmacêutico(a) \_\_\_\_\_, inscrito sob o número \_\_\_\_\_. Observação: limitado a 30 (trinta) dias.

Nos termos acima, firmo o compromisso perante o CRF-PB e, em cumprimento ao dever profissional, declaro que prestarei efetiva assistência técnica na forma declarada, e demais compromissos para com a profissão farmacêutica, de acordo com o que dispõe a Lei Federal nº 3820/60 e as Resoluções do Conselho Federal de Farmácia, em especial ao Código de Ética da Profissão Farmacêutica e legislações complementares, ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no artigo 299 do Código Penal (falsidade ideológica).

Declaro ainda ter conhecimento que deverei informar ao CRF-PB o término da presente atividade, quando a mesma não for declarada temporária, sob pena de responsabilidade profissional.

Declaro ainda que:

- ( ) Não exerço outras atividades profissionais;  
( ) Exerço atualmente as seguintes atividades nos locais e horários:

Firma/Estabelecimento; _____ Nº CRF/PJ: _____					
Cidade: _____ UF: _____ Cargo/Função: _____					

HORÁRIO DE TRABALHO						
Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
às	às	às	às	Às	às	às
às	às	às	às	Às	às	às

Firma/Estabelecimento; _____ Nº CRF/PJ: _____					
Cidade: _____ UF: _____ Cargo/Função: _____					

HORÁRIO DE TRABALHO						
Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
às	às	às	às	Às	às	às
às	às	às	às	Às	às	às

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Farmacêutico contratado

\_\_\_\_\_  
Representante Legal