

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 ____/____/____. 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 (quaisquer, inclusive aulas) ou outra diversa;
- () 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 estabelecimento

Eu, _____, farmacêutico diretor/responsável técnico do estabelecimento, declaro ter conhecimento das atividades desenvolvidas pelo farmacêutico acima nominado, inclusive seus horários e forma de trabalho, assumindo o compromisso de afixar junto a Certidão de Regularidade do CRF-PB, cópia desta DAP e, se necessário, a escala de plantões em que o colega exercerá atividades profissionais no estabelecimento, sob pena de, na omissão, incorrer em infração disciplinar.

Farmacêutico Diretor (a) Técnico (a)

Este documento será válido somente para os horários em que o estabelecimento estiver regular perante o CRF-PB, devendo ser protocolado com antecedência junto ao CRF-PB e deverá uma via ficar em local público e visível, juntamente com a Certidão de Regularidade. Este documento não é válido para licenças médico/trabalhistas, onde há necessidade de ingresso de Responsabilidade Técnica.