



CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DA PARAÍBA



**CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO DO PROFISSIONAL
FARMACÊUTICO OU TÉCNICO EM LABORATÓRIO
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA**

Requerimento de Cancelamento de Inscrição

01 via original do formulário fornecido pelo CRF-PB devidamente preenchido sem rasuras, emendas e devidamente assinado pelo profissional.

Carteira de Identidade Profissional

Devolução para arquivamento.

Cédula de Identidade Profissional

Devolução para arquivamento.

Anexar Cópia de documentos

Pessoais e Comprovante de Residência com CEP, atualizados.

Declaração Obrigatória de Baixa de Responsabilidade Técnica (Para Farmacêutico se existir alguma responsabilidade pendente)

Original devidamente preenchido sem emendas ou rasuras e assinado.

Taxas Cancelamento de Inscrição.

ATENÇÃO:

- Segundo a Resolução do CFF nº 521/09 de 16 de dezembro de 2009, o CRF-PB não poderá receber documentos e formulários **com rasuras, emendas ou com campos não preenchidos**.
- No caso de extravio, furto ou roubo da carteira ou da cédula será obrigatório à entrega do Boletim de Ocorrência Policial.
- **Para o deferimento, o processo tem que ser inteiramente instruído com os documentos necessários, bem como o pagamento da respectiva taxa.**

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

Eu _____,

Farmacêutico(a), Técnico em Laboratório, inscrito(a) no CRF-PB sob o nº. _____, venho por meio deste solicitar a V. Sª. o cancelamento de minha inscrição profissional por (motivo):

DOCUMENTOS DEVOLVIDOS:

CÉDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL

NA HIPÓTESE DE EXTRAVIO, FURTO OU ROUBO DA CÉDULA OU CARTEIRA PROFISSIONAL:

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL (constando o fato)

Declaro para os devidos fins que não exerço atividades profissionais ou análogas. E para comprovar, estou anexando os seguintes documentos:

CÓPIA DA CTPS CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL (marron)

No caso de SERVIDOR PÚBLICO em atividade:

CERTIDÃO DE SEU SUPERIOR DE QUE NÃO ESTÁ EXERCENDO A FUNÇÃO E/OU AS ATRIBUIÇÕES DE FARMACÊUTICO

Confirmo que as informações prestadas abaixo são verídicas.

_____, _____ de _____ de 20____.
Local e Data:

Assinatura do(a) Farmacêutico(a)

FORMULÁRIO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

INFORMAÇÕES:

a) Por que está deixando de exercer a profissão?

b) Em que área atuava?

c) Quanto tempo exerceu a profissão?

--

d) O cancelamento solicitado é definitivo ou temporário?

--

e) Qual a sua opinião sobre a profissão?

f) Atua ou atuou em magistério superior? Caso afirmativo em que instituição e qual os conteúdos ministrados?

--

g) Atua ou atuou no serviço público? Qual a função que exerceu ou exerce?

--

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

--