



CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARÁ
TELEFAX: (91) 3239-9510 / FONE: (91) 3239-9500

E-MAIL: crfpa@crfpa.org.br

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AVERBAÇÃO DE DIPLOMAS

Nome: _____

Nº Inscrição: _____ Fone: (____) _____

Endereço: _____

_____ CEP: _____

E-mail: _____

Formado na graduação do curso de farmácia, com colação em: ____/____/____.(dia mês e ano).

Vem requerer, na data presente, o apostilamento do certificado de: () Especialista () Mestrado ()
Doutorado, na área pretendida, considerando as resoluções vigentes do Conselho Federal de Farmácia, mais
especificamente no curso de pós-graduação intitulado: _____

Ofertado e organizado pela instituição de ensino: _____

Certificado pela instituição (faculdade, universidade, centro universitário, outros): _____

Modalidade da pós-graduação: () Presencial () EAD

Data de início da pós-graduação: ____/____/____.(dia mês e ano).

Data do término da pós graduação: ____/____/____.(dia mês e ano).

Local: _____.(Cidade/Estado)

Endereço das aulas realizadas: _____

_____(Rua, Av., complemento)

"Ao requerer o registro de título de pós-graduação, DECLARO que são verdadeiras todas as informações acima declaradas, bem como ter ciência dos critérios e normativas da Resolução CNE/CES nº 01/2018, os quais devem ser atendidos pelas instituições de ensino que ofertam cursos de pós-graduação e, ainda, da possibilidade de responsabilização penal em caso de falsas informações, nos termos do Decreto-Lei N. 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940 (Código Penal)."

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura: _____