



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARÁ - CRF PA
AV. ALMIRANTE BARROSO 788 – MARCO | CEP: 66090-000 BELEM – PARÁ
TELEFONE: (91) 3249-3005 | (91) 3239-9500 | crfpa@crfpa.org.br

**Atenção: Todos os campos devem ser preenchidos (letra de forma ou legível)
e não serão aceitos formulários fora do padrão, desconfigurados, com rasuras, digitados e completados à caneta**

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Pará, pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino (Lei 3.820/60).

Eu, _____
farmacêutico(a) inscrito(a) no CRF PA, sob o n° _____, venho por meio deste solicitar a V. Sa. o cancelamento de minha inscrição profissional por (motivo): _____

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 exerce ou exerceu?

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

Declaro, sob as penalidades legais, que as informações acima são verdadeiras:

Belém, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Requerente

Documentos Conferidos

Assinatura do(a) funcionário(a) CRF