



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARÁ - CRF PA
AV. JOSÉ BONIFÁCIO, 295 – FÁTIMA | CEP: 66090-363 BELÉM – PARÁ
TELEFONE: (91) 3349-3005 | 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

Eu, _____
farmacêutico(a) inscrito(a) no CRF PA, sob o n° _____, venho por meio deste solicitar a V. S^a. 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 _____.

Documentos Conferidos

Assinatura do(a) funcionário(a) CRF

Assinatura do Requerente