



### REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DEFINITIVA

Eu, \_\_\_\_\_.

Residente na (Rua/Avenida) \_\_\_\_\_.

Bairro \_\_\_\_\_, Município \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_.

Telefones: ( ) \_\_\_\_\_ / ( ) \_\_\_\_\_, Celular: ( ) \_\_\_\_\_.

E-mail: \_\_\_\_\_.

### SOLICITO INSCRIÇÃO DEFINITIVA NO CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO PARANÁ.

Declaro que concluí o curso de Farmácia na Instituição \_\_\_\_\_.

Campus de \_\_\_\_\_, localizado na cidade de \_\_\_\_\_,

tendo colado grau na data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Declaro ainda que o curso de Farmácia que concluí é reconhecido pela Portaria/Decreto nº \_\_\_\_\_ publicado em D.O.U., em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Informo também que:

( ) Não mantenho inscrição provisória ou definitiva em outro Conselho Regional de Farmácia.

( ) Mantive inscrição ( ) provisória / ( ) definitiva junto ao CRF/\_\_\_\_ até a data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e que solicitei:

- ( ) Cancelamento de inscrição;
- ( ) Baixa de inscrição;
- ( ) Transferência da inscrição para o CRF/\_\_\_\_;

( ) ainda mantenho inscrição no CRF/\_\_\_\_\_.

Declaro ainda, que as informações acima são verídicas, sob a pena de cometer o crime de “Falsidade Ideológica”, previsto no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, bem como em infração ao Código de Ética da Profissão Farmacêutica e estou ciente que a aprovação de minha inscrição junto ao CRF/PR, está sujeita a confirmação das informações prestadas. Qualquer responsabilidade técnica somente será concedida após a aprovação dessa pelo Plenário do Regional.

Declaro ainda que meu sangue é tipo \_\_\_\_\_ RH \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Assinatura:** \_\_\_\_\_