



REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO PROFISSIONAL

Ilmo(a) Sr(a)

Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Mato Grosso – CRF-MT

Profissional: _____ Inscrição CRF-MT n.º: _____ CPF: . . -
Eu, _____ Fone Res.: () - Fone Cel.: () -
Endereço: _____ N.º: _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: -
E-mail: _____

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

“ CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO PROFISSIONAL ”

QUESTIONÁRIO (CONFORME RESOLUÇÃO 638/2017 DO CFF)

Confirmo que as informações prestadas abaixo são verídicas.

1. Porque está deixando de exercer a profissão?
2. Em que área atuava?
3. Quanto tempo exerceu a profissão?
4. O cancelamento solicitado é: ☐ Definitivo ☐ Temporário
5. Qual sua opinião sobre a profissão farmacêutica?
6. Atua em magistério superior? Caso afirmativo, qual instituição atua e quais os conteúdos ministrados:
7. Atuou em magistério superior? Caso afirmativo, qual instituição atuou e quais os conteúdos ministrados:
8. Atua no serviço público? Se afirmativo, qual função:
9. Atuou no serviço público? Se afirmativo, qual função:
10. Utiliza os conhecimentos do Curso de Farmácia na atividade que realiza atualmente?

DECLARAÇÃO

- I. Tenho ciência da Resolução nº 482/2008 de 30/07/2008 do CFF, que dispõe sobre o magistério das matérias, disciplinas, unidades, módulos, conteúdos ou componentes curriculares específicos dos profissionais farmacêuticos.
- II. Tenho ciência da Resolução nº 638/2017 de 24/03/2017 do CFF, que dispõe sobre a inscrição, o registro, o cancelamento, a baixa e a averbação nos Conselhos Regionais de Farmácia, além de outras providências.

Neste termos pede-se deferimento.

DATA, / / .

PARA USO EXCLUSIVO DO CRF-MT

DEVOLUÇÃO	CORE	FINANCEIRO	PROTOCOLO
<input type="checkbox"/> Carteira Profissional <input type="checkbox"/> Cédula Identidade Profissional <input type="checkbox"/> Crachá <input type="checkbox"/> _____ _____ Func. Responsável	Possui RT _____ PDE _____ <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO _____/_____/_____ às ____:_____ _____ Func. Responsável	Anuidade <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Multa Eleit. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO _____/_____/_____ _____ Func. Responsável	Atendimento: _____ Total de Pag.(s): _____ _____/_____/_____, às ____:_____ _____ Func. Responsável