

DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL - DAP

Ilmo(a) Sr(a)
Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Mato Grosso – CRF-MT

Eu, Dr.(a) _____, farmacêutico(a) regularmente inscrito (a) no
CRF-MT, sob o nº _____, habilitado na forma da lei, mantenho residência fixa na localidade abaixo:
Endereço: _____, N.º: _____ Bairro: _____,
Cidade: _____ no estado de: _____ CEP: _____ -

Declaro para fins de atividade junto ao estabelecimento abaixo:

Razão Social: _____ Nome Fantasia: _____
CNPJ: _____ / _____ - _____, no endereço: _____ N.º: _____ Bairro: _____
CEP: _____ - na cidade de: _____ do estado de MT

que exercerei atividade técnica profissional de: **Substituto Temporário** (a) por até 30 dias contínuos.

Em substituição ao (a) farmacêutico (a) _____, CRF-MT sob o nº _____,
que estava no cargo de: _____ o qual se encontra afastado (a) no período de ____ / ____ até ____ / ____

pelo motivo: férias, cursos/congressos, doença temporária, motivos pessoais, outros:

Nos termos acima, firmo o compromisso perante o CRF-MT e, em cumprimento ao dever profissional, declaro que prestarei efetiva assistência técnica na forma declarada, e demais compromissos para com a profissão farmacêutica, de acordo com o que dispõe a Lei 3820/60, Decreto 85.878/81, Resoluções do Conselho Federal de Farmácia, em especial ao Código de Ética da Profissão Farmacêutica e legislações complementares, **ciente** de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal (**falsidade ideológica**).

Declaro ainda ter conhecimento que deverei informar o CRF/MT o término da presente atividade, quando a mesma não for declarada temporária, sob pena de responsabilidade profissional

Declaro ainda que:

- Não exerço outras atividades profissionais ou análoga, inclusive aulas;
 Exerço atualmente outra(s) atividade(s) profissional(is) ou análoga(s) no(s) local(is) abaixo:

»»»» **SOMENTE PREENCHER - SE EXERCER OUTRA ATIVIDADE PROFISSIONAL OU ANÁLOGA** ««««

Tipo de Atividade:

Cargo:

Razão Social: _____ Nome Fantasia: _____
CNPJ: _____ / _____ inscrita no CRF-MT sob o nº: _____ situada no endereço: _____ N.º: _____
Bairro: _____ Fone: () _____ - CEP: _____ - Cidade: _____ UF: _____

DOMINGO		SEGUNDA-FEIRA		TERÇA-FEIRA		QUARTA-FEIRA		QUINTA-FEIRA		SEXTA-FEIRA		SÁBADO	
: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h
: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h

Tipo de Atividade:

Cargo:

Razão Social: _____ Nome Fantasia: _____
CNPJ: _____ / _____ inscrita no CRF-MT sob o nº: _____ situada no endereço: _____ N.º: _____
Bairro: _____ Fone: () _____ - CEP: _____ - Cidade: _____ UF: _____

DOMINGO		SEGUNDA-FEIRA		TERÇA-FEIRA		QUARTA-FEIRA		QUINTA-FEIRA		SEXTA-FEIRA		SÁBADO	
: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h
: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h	: h

Data ____ / ____ / ____

Farmacêutico (a) contratado (a)

Representante Legal Estabelecimento

DECLARAÇÃO DO DIRETOR TÉCNICO DO ESTABELECIMENTO

Eu, _____, CRF-MT, sob o nº _____, diretor técnico (a) do estabelecimento, declaro ter conhecimento das atividades desenvolvidas pelo farmacêutico acima nominado, inclusive seus horários e forma de trabalho, assumindo o compromisso de afixar junto a Certidão de Regularidade do CRF/MT cópia desta DAP e, se necessário, a escala de plantões em que o colega exercerá atividades profissionais no estabelecimento, sob pena de, na omissão, incorrer em infração disciplinar.

Data ____ / ____ / ____

Diretor (a) Técnico (a)

OBS: Este documento será válido somente para os horários em que o estabelecimento estiver regular perante o CRF/MT, devendo ser protocolado com antecedência e deverá uma via ficar em local público e visível, acompanhado de a Certidão de Regularidade Técnica. Este documento não é válido para licenças médica/trabalhistas, onde há necessidade de ingresso de farmacêutico substituto.