



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA BAHIA
SETOR DE CADASTRO
FORMULÁRIO OFICIAL

FORMULÁRIO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

Ilmo. Sr. Presidente do

Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia – CRF-BA

Eu, _____, inscrito no CRF-BA sob o nº _____ venho por meio deste solicitar a V.Sa. o cancelamento de minha inscrição profissional.

Confirmo que as informações prestadas abaixo são verídicas.

Informações:

a) Por que está deixando de exercer a profissão? _____

b) Em que área atuava? _____

c) Quanto tempo exerceu a profissão? _____

d) Qual a sua opinião sobre a profissão? _____

e) Atua ou atuou em magistério superior? Caso afirmativo em que instituição e qual os conteúdos ministrados? _____

f) Atua ou atuou no serviço público? Qual a função que exerce ou exerceu?

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

Telefone: () _____

Email: _____

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura

DECLARO verdadeiras às informações prestadas e estou ciente de que a omissão ou declaração falsa configura-se “ **crime de falsidade ideológica, previsto no Art 299, do Código Penal Brasileiro** e infração ética, prevista na RES. 461/2007. **Artigo 299:** Omitir em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir, ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser inscrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. **Pena** – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.