

PEDIDO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO:

Sr. Presidente do CRFMG;

Eu, _____, inscrito neste Regional sob nº _____, venho solicitar o cancelamento de minha inscrição profissional, pelo motivo de _____. Declaro que não estou exercendo nenhuma atividade profissional, independente de ser responsável técnico ou não, e que tenho ciência da obrigatoriedade da inscrição nos Conselhos Regionais para o exercício da profissão Farmacêutica no país.

Nestes termos, peço deferimento.

Atenciosamente,

Assinatura do Requerente

, ____ de _____ de _____.

Favor enviar a Carteira de Identidade Profissional (marron), conforme determina a Resolução no. 464/07, do CFF.