

Ilmo Sr. Presidente do Conselho Regional de Farmácia
Estado de Minas Gerais

O(a) Farmacêutico(a) _____
solicita sua transferência do CRF _____ para o
CRF _____

DECLARA:

- a) Ser filho de _____

- b) Ser nascido em _____
- c) Ter Diploma de _____
- d) Expedido pela _____
- e) Não estar exercendo a profissão na Jurisdição do _____
- f) Ser domiciliado atualmente à Rua (Av.) _____

- g) Não estar proibido de exercer a profissão.
- h) Não estar incurso em nenhum processo de violação ao Código de Ética da
Profissão Farmacêutica.
- i) Preencher os requisitos da Lei 3.820/60.

**OBS: a Carteira de Identidade Profissional (Marrom) deverá ser enviada
junto com esse documento.**

Nestes termos, pede deferimento.

Belo Horizonte, ____/____/____

FARMACÊUTICO CRF-MG nº