

ANEXO VI
FORMULÁRIO PADRÃO PARA DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES DECLARAÇÃO DE
OUTRAS ATIVIDADES

Nome do Farmacêutico (a) _____
CRF/XX: _____

() – Declaro, para os devidos fins, que exerço atualmente as seguintes atividades profissionais ou análogas:

I - Razão social:

Fone:

Nome Fantasia:

Bairro: Endereço:

CEP:

Cargo/Função: Horário Trabalho:

II - Razão social:

Fone:

Nome Fantasia:

Bairro:

Endereço:

CEP: Cargo/Função:

Horário Trabalho:

III - Razão social:

Fone:

Nome Fantasia:

Bairro:

Endereço:

CEP:

Cargo/Função:

Horário Trabalho:

() - Não exerço outras atividades profissionais ou análogas.

Declaro também, ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou a declaração falsa no presente documento, sujeitar-me-á à ação criminal pelo cometimento do crime de “falsidade ideológica”, previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro e falta ética prevista no artigo 19, do anexo I, da Resolução nº 596/14 CFF (Código de Ética da Profissão Farmacêutica), bem como me comprometo a comunicar ao CRF/XX sobre as eventuais alterações que ocorrerem a qualquer tempo nas informações prestadas, sob pena de incorrer nas mesmas penalidades.

Em, _____ de _____ 20_____

Assinatura:

02 vias: CRF/Farmacêutico