

FORMULÁRIO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO
Resolução 638/17

Sr. Presidente do CRFMG;

Eu _____, inscrito no CRF-MG sob o n.º _____ venho por meio deste solicitar o cancelamento de minha inscrição.

Confirmo que as informações prestadas abaixo são verídicas.

a) Por que está deixando de exercer a profissão?

b) Em que área atuava? _____
Anexar cópia da carteira de trabalho constando seu último vínculo empregatício.

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 no serviço público? Qual a função que exerce?

Se, sim. Anexar declaração do seu Superior de que não está exercendo a função /ou atribuições de farmacêutico.

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

OBS: É obrigatório devolver ao CRF/MG a cédula de identidade profissional e a Carteira de Identidade Profissional (Carteira Marrom).

Localidade e data

Assinatura do profissional

Contatos

Telefones: _____

E-mail: _____

Endereço: _____