

PEDIDO DE INSCRIÇÃO REMIDA

Senhor Presidente do CRFMG,

Eu, _____ inscrito (a)

neste regional sob o nº _____, de acordo com as Resoluções 638/2017 e 651/2017 do CFF venho solicitar a minha inscrição remida pelo motivo de:

- () Ter completado 65 anos de idade e 30 anos de contribuição ao CRF.
- () Portador de doença incapacitante para o exercício laboral (anexar cópia de laudo fornecido por uma junta médica oficial, a qual deverá atestar o diagnóstico da doença, assim como o tratamento e a impossibilidade do exercício laboral).

De acordo com o artigo 30 da Resolução 638/17 do CFF:

Para obter inscrição remida, o profissional deverá estar quite com todas as obrigações financeiras perante o CRF, não estar suspenso ou respondendo processo ético-disciplinar.

Nestes termos, peço deferimento.

Atenciosamente,

.....
Assinatura do Requerente

Belo Horizonte,.....de.....de 20.....

Obs. Você deve enviar a carteira profissional farmacêutica (**carteira marrom**) junto com este formulário preenchido para que possamos fazer a devida averbação.

Contatos:

E-mail	
Celular	
Endereço	