



CRF/MG

**Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais
REQUERIMENTO PARA INSCRIÇÃO DE PROFISSIONAL**

PROFISSIONAIS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Farmacêutico (Inscr. Provisória) | <input type="checkbox"/> Farmacêutico (Inscr. Definitiva) |
| <input type="checkbox"/> Farmacêutico (Inscr. Secundária) | <input type="checkbox"/> Farmacêutico (Transferência) |
| <input type="checkbox"/> Técnico de Laboratório | <input type="checkbox"/> Farmacêutico Militar |

Preenchido pelo CRF-MG

Número de Inscrição: _____

Data de Protocolo: ____/____/____

Data de Validade: ____/____/____

Nome do Requerente: _____

Endereço Res.: Rua (Av): _____ nº _____ Aptº _____

Bairro: _____ Cidade: _____

UF: _____ CEP: _____ - _____

Data Nascimento: ____/____/____ Sexo: _____ (M – masculino/ F – feminino)

Dados Pessoais:

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

Naturalidade: _____ Estado : _____ Nacionalidade: _____

Grupo Sangüíneo e Fator RH: _____ Estado Civil: _____

CPF: _____ RG: _____ Órgão expedidor: _____ Data da expedição: ____/____/____

Título Eleitoral: _____ Zona: _____ Seção: _____

Certificado Militar: _____ É doador de Órgão: _____

Telefone: Residencial (____) _____ - _____ Comercial (____) _____ - _____

Celular (____) _____ - _____ Fax (____) _____ - _____

Recado (____) _____ - _____ Outros (____) _____ - _____

E-mail: _____ Home page _____

Preencha o quadro a seguir de acordo com a sua formação e em ordem cronológica

Título: _____

Data Colação de Grau/Conclusão: ____/____/____ Tipo de Certificado: () Graduação Universitária

() Pós – Graduação () Técnico 2º Grau () Curso Livre () Extensão Universitária

Instituição de Ensino: _____

Preencha o quadro a seguir de acordo com a sua formação e em ordem cronológica

Título: _____

Data Colação de Grau/Conclusão: ____/____/____ Tipo de Certificado: () Graduação Universitária

() Pós – Graduação () Técnico 2º Grau () Curso Livre () Extensão Universitária

Instituição de Ensino: _____

Declaro para os devidos fins e em especial perante o CRFMG não estar impedido de exercer a profissão e não estar sendo processado, bem como, não ter sido condenado por infração ao Código Penal Brasileiro.

Caso seja verificada em qualquer tempo a constatação de falsidade das informações prestadas, declaro estar ciente das penalidades administrativas e criminais a que estou sujeito.

Local e Data

Assinatura do Requerente