

REQUERIMENTO DE BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

ILMO SR.(A) PRESIDENTE

DADOS DO PROFISSIONAL:

Nome: Nº Inscrição no CRF-MA

Endereço atualizado no CRF-MA Endereço a atualizar no CRF-MA

Rua/Av.:

Bairro: CEP:

Cidade: E-mail

Telefone Fixo: DDD: Celular: DDD: e

Venho por meio deste, respeitosamente:

Solicitar a **BAIXA** **DESISTÊNCIA** da minha responsabilidade técnica:

Na condição de: Diretor(a) Técnico(a) Assistente Técnico(a) Substituto(a) DAP

Pelo estabelecimento de:

Razão Social:

CNPJ: Último dia efetivamente trabalhado: Data Mês Ano

Declaro ainda que o motivo do meu requerimento é:

- Mudança de filial da empresa
 Término de Contrato
 Mudança para exercer atividade em estabelecimento de outra natureza de atividades
 Porque não irei mais exercer atividade como farmacêutico
 Mudança de cidade ou transferência para CRF de outra jurisdição

Nestes termos,
pede deferimento.

Autorizo receber informações do CRF-MA, referente a esta solicitação, via: E-mail, Whatsapp, Ligação ou Correios.

Autorizo receber informações do CRF-MA, referente a esta solicitação, via: E-mail, Whatsapp, Ligação ou Correios.

_____ de _____ de 20_____.

Assinatura do Farmacêutico(a)