



CONSELHO FEDERAL FARMÁCIA
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Rua Amélia, 50 - Espinheiro - 52020-150 - Recife/PE
PABX: (81) 3426-8540 | CNPJ: 09.822.982/0001-71
www.crfpe.org.br | crfpe@crfpe.org.br

Protocolo Nº _____

Data ___/___/___

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

Eu, _____, farmacêutico inscrito no CRF/PE sob o nº _____ venho por meio deste solicitar a V.Sa. o cancelamento de minha inscrição profissional por (motivo):

Confirmo que as informações prestadas abaixo são verídicas.

Data: ___/___/___

Assinatura _____

Informações:

a) Por que está deixando de exercer a profissão?

b) Em que área atuava? _____

c) Quanto tempo exerceu a profissão? _____

d) O cancelamento solicitado é definitivo ou temporário? _____

e) Qual sua opinião sobre a profissão? _____

f) Atua ou atuou em magistério superior? Caso afirmativo em que instituição e qual os conteúdos ministrados? _____

g) Atua ou atuou no serviço público? Qual a função que exerce ou exerceu?

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