

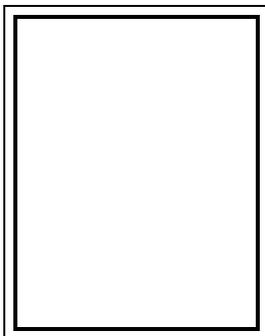


SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE RONDÔNIA
CRF/RO

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO PROFISSIONAL

<input type="checkbox"/> Insc. Definitiva ➢ 02 fotos 3x4 recentes; ➢ Diploma original e cópia; ➢ Tipagem sanguínea; ➢ Cópia autenticada: RG, CPF, Título de Eleitor, Comprovante de Residência, Certificado Reservista ou Identidade Militar;	<input type="checkbox"/> Insc. Definitiva Por Transferência ➢ 02 fotos 3x4 recentes; ➢ Diploma Original (caso não tenha sido registrado) Se tiver registro no CRF de origem enviar somente Cópia Autenticada de Diploma; ➢ Tipagem sanguínea; ➢ Cópia autenticada: RG, CPF, Título de Eleitor, Comprovante de Residência, Certificado Reservista ou Identidade Militar;	<input type="checkbox"/> Insc. Provisória ➢ 02 fotos 3x4 recentes; ➢ Cópia Autenticada Certificado de Conclusão e Histórico; ➢ Tipagem sanguínea; ➢ Cópia autenticada: RG, CPF, Título de Eleitor, Comprovante de Residência, Certificado Reservista e Identidade Militar; Validade: 6 meses.	<input type="checkbox"/> De Insc. Provisória Para Definitiva ➢ Cédula de Identidade Profissional Vencida; ➢ 02 Fotos 3 x 4 recente; ➢ Diploma Original e Cópia Autenticada; ➢ Comprovante de Residência caso haja alteração;	<input type="checkbox"/> Insc. Estrangeiro ➢ 2 fotos 3 x 4 recente; ➢ Cópia autenticada do passaporte estrangeiro com visto permanente. ➢ Comprovante autenticado do diploma revalidado por instituição de ensino publica, com o curso acadêmico a ser revalidado regularmente pelo CNE. ➢ Diploma Original e Cópia autenticada com o visto da autoridade brasileira no País que expédiu; ➢ Registro de identidade;
--	--	---	---	---

() **Farmacêutico** () **Técnico**



Nome: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Naturalidade: _____ UF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____.

Estado Civil: _____ RG Nº: _____

Data de Expedição do RG: ____/____/____ Órgão Expedidor: _____

CPF: _____ Título de Eleitor: _____

Zona/Seção: ____/____ Cert. Reservista: _____

Doador de Órgão e Tecidos? [] sim ou não [] E-mail: _____

Rua: _____ Nº _____ Edifício: ____ Bloco: ____ Apto: ____

Bairro/Distrito: _____ Município: _____

CEP: _____ Fone: _____ Celular: _____

Diploma Expedido pela: _____

Da conclusão Curso: ____/____/____

Data colação de grau: ____/____/____

Data exp. diploma/certificado ____/____/____

Declaro sob as penas da lei, serem verdadeiros os dados acima.

Declaro ainda, estar em pleno gozo da minha capacidade civil, bem como ter bons antecedentes e gozar de boa reputação por minha conduta pública (Lei nº 6868, 03/12/1980).

Nestes termos, pede deferimento.

_____, _____ de _____ de _____.

(Assinatura do Profissional)