

## Formulário Para Cancelamento de Inscrição – Pessoa Física

Ilmo (a) Sr. (a) Presidente do CRF/RO,

Eu \_\_\_\_\_ CRF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Residente na \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

No Município \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cep: \_\_\_\_\_

Fone \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**SOLICITO** o procedimento de **CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO**.

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

(preenchimento obrigatório)

1. Porque está deixando de exercer a Profissão?

\_\_\_\_\_

2. Qual sua opinião sobre o momento atual da profissão?

( ) Excelente ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

3. Em que área está atuando?

\_\_\_\_\_

4. Exerce outra profissão? Qual?

\_\_\_\_\_

5. Atua ou atuou no serviço público? Qual a função que exerce ou exerceu? (*caso esteja atuando anexar comprovação*)

\_\_\_\_\_

6. Utiliza os conhecimentos do Curso de Farmácia ou Técnico (Registrado) na atividade que realiza atualmente?

\_\_\_\_\_

7. Exerce o magistério no ensino superior? Que disciplina (s)?

\_\_\_\_\_

8. Declaro que estou **DEVOLVENDO** (*OBRIGATÓRIO marcar*):

• Cédula Profissional [  ]

• Carteira Profissional [  ]

• Boletim de Ocorrência Informando, Extravio, Roubo e Furto (**CASO AS DUAS DOCUMENTAÇÕES ANTERIORES NÃO ESTIVEREM DISPONÍVEIS**) [  ]

➤ Declaro que todas as informações por mim prestadas são verídicas, tendo plena ciência que informações falsas ficam sujeitas às sanções penais e cíveis, sem prejuízo das devidas sanções administrativas. (*DECRETO-LEI Nº 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940 – CAPÍTULO III – DA FALSIDADE DOCUMENTAL*).

➤ 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*).

**SIM** [  ] **NÃO** [  ]

Autorizo o recebimento de informações referentes à inscrição/profissão, bem como manifesto-me ciente que as informações pessoais coletadas são usadas para manter seu registro atualizado, processar pedidos e realizar atividades descritas na Lei 3820/60, na forma do inciso I, do art. 23 da Lei 13709/2020.

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA**

(Conforme a assinatura do Documento de Identidade Apresentado)

Rua Rafael Vaz e Silva, 2553, Liberdade - CEP 76.803-890 - Porto Velho/RO

Fone: (69) 9 9961-6588 (Whatsapp) - E-mail: pessoafisica@crf-ro.org.br

Sítio Eletrônico: <http://www.crf-ro.org.br>