

REQUERIMENTO DE AFASTAMENTO PROVISÓRIO

Sr. (a) Presidente do CRF/RO,

O (a) farmacêutico (a) abaixo identificado (a), vem por meio deste REQUERER afastamento provisório junto ao estabelecimento ao qual mantêm vínculo de responsabilidade técnica, conforme motivo (s) descrito (s) abaixo:

Nome do Farmacêutico:	CRF/RO:
Estabelecimento Razão Social:	CNPJ:
Município:	Bairro:
Período de Afastamento: Data de Saída:	Data de Retorno:

Motivo (s) do Afastamento Provisório:

<input type="checkbox"/> Curso	<input type="checkbox"/> Congresso	<input type="checkbox"/> Exames médicos
<input type="checkbox"/> Cirurgia agendada	<input type="checkbox"/> Consulta	Férias com DAP: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Outras Situações (descrever): _____ _____		

Observações:

- Encaminhar para o e-mail: fiscalizacao@crf-ro.org.br
- Anexar a este requerimento, documentos comprobatórios do afastamento requerido acima;
- Em caso de doença, óbito familiar, acidente pessoal, o farmacêutico deve protocolizar comunicado no prazo máximo de 05 dias após o afastamento, para ser avaliados pelo CRF/RO;
- O uso de mais de um (01) requerimento no período de trinta (30) dias ensejará a convocação do Farmacêutico para sessão de Pré-ética perante o plenário do CRF-RO

DECLARO ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa no presente documento sujeitar-me-á à ação criminal pelo cometimento do crime de "falsidade ideológico previsto no Art. 299 do Código Penal Brasileiro e falta ética prevista no art. 19 do Código de Ética Profissão Farmacêutica, Res. CFF nº 417/04, bem como me comprometo a comunicar ao CRF/RO sobre as eventuais alterações que ocorrerem a qualquer tempo nas informações prestadas, sob pena de incorrer nas mesmas penalidades.

Nestes termos, pede e aguarda deferimento.

Local : _____, _____ de _____ de _____

Ass. Farmacêutico (a):	Ass. Proprietário/Rep. Legal:
------------------------	-------------------------------