DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL - DAP (SUBSTITUTOS OU PLANTONISTAS)

*DOCUMENTO LIMITADO A 30 DIAS

Dr. (a)_____,farmacêutico (a) regulamente inscrito(a) sob o número _____, habilitado na forma da lei, residente no endereço _____, Bairro _____ Cidade _____, Estado de Rondônia, declaro para fins de atividade junto ao estabelecimento com Razão Social_____, Nome Fantasia_____, CNPJ_____, localizado no endereço _____, Bairro _____, Cidade _____, Estado de RO, que exercerei atividade técnica profissional de:

☐ **farmacêutico substituto** ☐ **farmacêutico plantonista**

Em suplência ao farmacêutico (a) _____CRF-RO _____ ao qual se encontra afastado (a) pelo motivo de:
(☐) FÉRIAS (☐) CURSOS/CONGRESSOS (☐) CONSULTA MÉDICA/ODONTOLOGICA (☐) LICENÇA MÉDICA
(☐) EXAME MÉDICO (☐) PÓS-GRADUAÇÃO (☐) ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS ☐ VIAGEM CONGRESSO/CURSOS O Período de afastamento será (dia(s)/hora(s)):_____
☐ Período fixo (dia(s)/hora(s)), sendo esse: _____
(☐) Período flexível (dia(s)/hora(s)), sendo esse: _____
Nos termos desta declaração, comprometo-me perante o CRF/RO a prestar efetiva assistência técnica, cumprindo os deveres profissionais previstos na Lei Federal nº 3.820/60, nas Resoluções do Conselho Federal de Farmácia, no Código de Ética e demais normas aplicáveis. Declaro estar ciente de que informações falsas poderão caracterizar falsidade ideológica, nos termos do artigo 299 do Código Penal.

Declaro ainda que:
☐ Não exerço outras atividades profissionais nos dias e horários declarados;
☐ Exerço atualmente as seguintes atividades nos locais e horários:

Cidade: _____, Dia _____ do Mês_____ de 20 _____.

_____
Farmacêutico contratado

Eu, Dr.(a) _____, CRF-RO Nº_____ farmacêutico diretor técnico do estabelecimento, declaro ter conhecimento das atividades desenvolvidas pelo farmacêutico acima denominado, inclusive seus horários e forma de trabalho, assumindo o compromisso de afixar junto a Certidão de Regularidade do CRF/RO cópia desta DAP e, se necessário, a escala de plantões em que o colega exercerá atividades profissionais no estabelecimento, sob pena de, na omissão, incorrer em infração disciplinar.

_____ _____
Diretor (a) Técnico (a) **Representante Legal do Estabelecimento**

Este documento somente será válido durante os horários em que o estabelecimento estiver regular perante o CRF-RO. Deverá ser protocolado com antecedência mínima de 48 horas, mantendo-se uma via em local público e visível, junto à Certidão de Regularidade.