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:_____ Nº CRF-RO_____

Razão Social: _____

CNPJ:_____

Município:_____ Bairro:_____

Período de Afastamento

Data de Saída: _____ Data de Retorno:_____

Motivo (s) do Afastamento Provisório:

☐ Curso ☐ Congresso ☐ Exames médicos ☐ Cirurgia agendada ☐ Consulta

Férias com DAP: Sim ☐ Não ☐ ☐ 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:

_____ _____