



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SERGIPE - CRF - SE

ALTERAÇÃO DE HORÁRIO

Sr.(a) Presidente do CRF/SE – Conselho Regional de Farmácia de Sergipe

Eu, _____

Farmacêutico(a), Inscrito neste CRF/SE sob o nº _____, venho informar a V.S^a, que em virtude de _____

Estou modificando o meu horário de trabalho na empresa _____

que corresponde de segunda a sexta de _____ às _____ e das

_____ às _____ sábado das _____ às _____ e das _____ às _____

domingo das _____ às _____ e das _____ às _____, assim alterando esse

horário para um atual que corresponderá de segunda a sexta de _____ às _____ e

das _____ às _____ horas sábado das _____ às _____ e das _____ às _____

domingo das _____ às _____ e das _____ às _____, Nesta firma,

situada _____ no _____ endereço

_____ bairro: _____,

cep: _____, no município de _____, neste Estado.

Obs: _____

Aracaju(SE), _____ de _____ de 20____.

Sócio - Proprietário da Empresa

Farmacêutico