



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

ALTERAÇÃO DE HORÁRIO/ESTABELECIMENTO PÚBLICO

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 no estabelecimento público _____

que corresponde das _____ às _____ e das _____ às _____, assim alterando esse horário para um atual que corresponderá das _____ às _____ e das _____ às _____

Nesta farmácia, situada no endereço _____

_____ no município de _____ neste Estado.

Obs: _____

Aracaju(SE), _____ de _____ de 20____

Prefeito/Secretário de Saúde

Farmacêutico