



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

SOLICITAÇÃO DE R.T. ESTABELECIMENTO PÚBLICO

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

O Profissional _____ CRF/SE nº _____

Categoria: _____ Residente e domiciliado à _____

Bairro: _____

Município: _____ CEP: _____ FONE: () _____

Vem requerer a responsabilidade técnica pelo Estabelecimento Público _____

_____ com o nome de Fantasia _____

_____, situada à _____

Município: _____ Horário de funcionamento: _____

TERMO DE COMPROMISSO

Firmo o presente termo perante o **Conselho Regional de Farmácia do Estado de Sergipe – CRF/SE** e no cumprimento do dever profissional. **DECLARO** sob pena das sanções pertinentes, que prestarei efetiva assistência técnica diária ao Estabelecimento acima, no horário de assistência de segunda a sexta das _____ às _____ e das _____ às _____ aos sábados das _____ às _____ e das _____ às _____ aos domingos das _____ às _____ e das _____ às _____ do qual assumo a responsabilidade técnica e demais compromissos para com o CRF/SE, de acordo com o que dispõe o as Leis 3.820/60 e 5.991/73. Decretos 74.170/74 e 85.878/81 e o Código de Ética da Profissão Farmacêutica e fico ciente de que incorrerei em infração aos dispositivos legais e regulamentares citados se não prestar assistência ao estabelecimento, no horário previsto neste termo. **DECLARO**, outrossim, que pelos meus serviços técnicos profissionais, não receberei salário inferior ao salário ético e que tenho conhecimento de que no caso de rescisão de contrato de trabalho a presente responsabilidade técnica só se concretizará após a data do protocolo no CRF/SE do requerimento da baixa de responsabilidade técnica e entrega da Certidão de Regularidade Técnica a este Conselho.

Aracaju(SE), _____ de _____ de 20 _____

FARMACÊUTICO



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

FORMULÁRIO PARA DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES

Declaro para os devidos fins que exerço atualmente as seguintes atividades profissionais ou análogas:

01. FIRMA/ÓRGÃO: _____
END: _____
CIDADE: _____ CARGO/FUNÇÃO: _____
HORÁRIO DE TRABALHO: _____

02. FIRMA/ÓRGÃO: _____
END: _____
CIDADE: _____ CARGO/FUNÇÃO: _____
HORÁRIO DE TRABALHO: _____

03. FIRMA/ÓRGÃO: _____
END: _____
CIDADE: _____ CARGO/FUNÇÃO: _____
HORÁRIO DE TRABALHO: _____

Não exerço outras atividades profissionais ou análogas. Declaro também, ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa no presente documento, sujeitar-me a ação criminal pelo cometimento do crime de “falsidade ideológica”, previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, e falta ética prevista no artigo 23 Inciso IV do Código de Ética Profissional, bem como comprometo-me a comunicar o CRF sobre eventuais alterações que ocorrerem a qualquer tempo nas informações prestadas, sob pena de incorrer nas mesmas penalidades.

Aracaju(SE), ____ de _____ de 20__

FARMACÊUTICO