

# FORMULÁRIO

## OBSERVAR AS INSTRUÇÕES A SEGUIR:

- Todos os campos devem ser preenchidos (preencher em letra de forma legível);
- Não serão aceitos formulários fora do padrão ou desconfigurados, com rasuras, digitados e complementados à caneta;
- É obrigatória a devolução da Cédula de Identidade Profissional e da Carteira de Identidade Profissional ao CRF/RN. Em caso de extravio, furto ou roubo da cédula e/ou carteira, o profissional deverá entregar ao CRF/RN o Boletim de Ocorrência Policial (Resolução/CFR 638/2017).

## REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO (PESSOA FÍSICA)

**Ilmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio Grande do Norte – CRF/RN**

Declaro, sob as penas da lei, que os dados abaixo são verdadeiros.

Declaro, ainda, estar em pleno gozo da minha capacidade civil, bem como ter bons antecedentes e gozar de boa reputação por minha conduta pública (Lei n. 6.868, de 3 de dezembro de 1980).

Nome:				Nº CRF:	
RG:	Órgão Expedidor:	Data de Expedição:	CPF:	Estado Civil:	
Endereço:			Nº	Complemento:	
Bairro:		Cidade:		Estado:	CEP:
Fone:	Cel.:	E-mail:			

**Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:**

Cancelamento de Inscrição

Motivo do pedido de cancelamento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nestes termos, peço deferimento.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Cidade/UF) (Data)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Profissional)

\_\_\_\_\_  
(Nome Legível)

### PARA USO DO CRF/RN

#### DOCUMENTOS ANEXADOS:

- Cédula de Identidade Profissional  
 Carteira de Identidade Profissional (carteira marrom)  
 Boletim de Ocorrência

Documentos conferidos por:

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Funcionário)

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_