



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA – CFF
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça André de Albuquerque, 634, Cidade Alta, Natal/RN – CEP.: 59.025-580
Tel/Fax (84) 3221-1211/3222-0926
www.crfn.org.br



_____, _____ de _____ de 2022

Declaração de Atividade Profissional - DAP

Nome _____, farmacêutico (a) regulamente inscrito(a) sob o número _____, declaro para fins de atividade junto ao estabelecimento com razão social _____, Nome Fantasia _____, registro no CRF/___ nº _____ CNPJ _____, que exercerei atividade técnica profissional, conforme documentação comprobatória anexa, no período de ___/___/___ a ___/___/___.

Nos termos acima, firmo o compromisso perante o CRF/RN e, em cumprimento ao dever profissional, declaro que prestarei efetiva assistência técnica na forma declarada, e demais compromissos para com a profissão farmacêutica, de acordo com o que dispõe a Lei Federal nº 3820/60 e as Resoluções do Conselho Federal de Farmácia, em especial ao Código de Ética da Profissão Farmacêutica e legislações complementares, ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no artigo 299 do Código Penal (falsidade ideológica). Declaro ainda ter conhecimento que deverei informar ao CRF/RN o término da presente atividade, quando a mesma não for declarada temporária, sob pena de responsabilidade profissional.

Declaro ainda que:

() Não exerço outras atividades profissionais no horário declarado acima;

Farmacêutico