

CRF/RN**REQUERIMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

CATEGORIA V – FIRMA

Ilmº.

Srº. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio Grande do Norte – CRF/RN

N E S T A**NOME DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO:****CRF/RN****ENDEREÇO DO PROFISSIONAL:****COMPLEMENTO****BAIRRO:****CIDADE:****CEP:****FONE RESIDENCIAL****CELULAR:**

Vem requerer a responsabilidade técnica pelo estabelecimento:

RAZÃO SOCIAL:**NOME FANTASIA:****ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO:****COMPLEMENTO****BAIRRO:****CIDADE:****CEP:****FONE:****FAX:****E-MAIL:****HORÁRIO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA****1º INTERVALO****2º INTERVALO****SEGUNDA A SEXTA**

:

ÀS

:

:

ÀS

:

SÁBADO

:

ÀS

:

:

ÀS

:

DOMINGO

:

ÀS

:

:

ÀS

:

Firmo o presente termo perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio Grande do Norte CRF/RN e no cumprimento do dever profissional DECLARO, sob pena das sanções pertinentes, que prestarei efetiva assistência técnica diária ao estabelecimento acima no horário de do qual assumo a responsabilidade técnica e demais compromissos para com o CRF/RN de acordo com o que dispõe as Leis 3.820/60 e 5.991/73, Decretos 74.170/74, 85.878/81 e o Código de Ética da Profissão Farmacêutica e fico ciente de que incorrerei em infração aos dispositivos legais e regulares 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 do contrato de trabalho a presente responsabilidade técnica, só se concretizará após a data do protocolo do CRF/RN do requerimento de baixa de responsabilidade técnica, e entrega do Certificado de Regularidade Técnica a este Conselho.

Natal-RN, _____ de _____ de _____ .

- Assinatura do Profissional Farmacêutico -

VIDE VERSO

DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES

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

01. FIRMA OU ÓRGÃO RAZÃO SOCIAL:

ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO:				COMPLEMENTO			
BAIRRO:				CIDADE:			
CEP:	FONE:	FAX:	CARGO/FUNÇÃO:				
HORÁRIO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA			1º INTERVALO		2º INTERVALO		
SEGUNDA A SEXTA			:	ÀS	:	:	ÀS
SÁBADO			:	ÀS	:	:	ÀS
DOMINGO			:	ÀS	:	:	ÀS

02. FIRMA OU ÓRGÃO RAZÃO SOCIAL:

ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO:				COMPLEMENTO			
BAIRRO:				CIDADE:			
CEP:	FONE:	FAX:	CARGO/FUNÇÃO:				
HORÁRIO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA			1º INTERVALO		2º INTERVALO		
SEGUNDA A SEXTA			:	ÀS	:	:	ÀS
SÁBADO			:	ÀS	:	:	ÀS
DOMINGO			:	ÀS	:	:	ÀS

03. FIRMA OU ÓRGÃO RAZÃO SOCIAL:

ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO:				COMPLEMENTO			
BAIRRO:				CIDADE:			
CEP:	FONE:	FAX:	CARGO/FUNÇÃO:				
HORÁRIO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA			1º INTERVALO		2º INTERVALO		
SEGUNDA A SEXTA			:	ÀS	:	:	ÀS
SÁBADO			:	ÀS	:	:	ÀS
DOMINGO			:	ÀS	:	:	ÀS

04. Não exerço outras atividades profissionais ou análogas ().

Declaro, também ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou a declaração falsa no presente documento, sujeitar-me-á à 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/RN sobre as eventuais alterações que ocorrem a qualquer tempo nas informações prestadas, sob pena de incorrer nas mesmas penalidades.

Natal-RN, _____ de _____ de _____ .

- Assinatura do Profissional Farmacêutico -