



Conselho Regional de Farmácia do Estado do Piauí - CRF - PI
Rua Professor Nódgi Nogueira, 4193, Bairro Ininga
Teresina – Piauí - 64048-465
Tel.: (86) 3222 8480 - Fax (86) 3223 8999
www.crfpi.org.br

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE FARMACÊUTICO

I – FARMACÊUTICO

NOME _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL _____

BAIRRO _____ CIDADE _____ CEP _____

TEL RESID. _____ TEL COM _____ E-MAIL _____

NACIONALIDADE _____ NATURALIDADE _____ UF _____

NOME DO CÔJUGE _____

FILIAÇÃO PAI _____

MÃE _____

Nº CART. IDENTID. _____ DATA EXP. _____ ÓRGÃO _____ UF _____

Nº TÍTULO DE ELEITOR _____ ZONA _____ SEÇÃO _____

CIDADE _____ UF _____ CPF _____

Nº CERT RESERVISTA _____ SÉRIE _____ CATEGORIA _____

MINISTÉRIO DO _____ GRUPO SANG _____ FATOR Rh _____

FORMADO PELA UNIVERSIDADE _____ DATA _____

DATA DA COLAÇÃO DE GRAU _____ DATA EXP DO DIPLOMA _____

DIPLOMA DE _____ MODALIDADE _____ OPÇÃO _____

EM PLENO GOZO DE SUA CAPACIDADE CIVIL, JUNTANDO A DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA, VEM REQUERER SUA INSCRIÇÃO NO QUADRO I, FARMACÊUTICO DO CRF/PI, NA FORMA DA LEI 3820/60, BEM COMO AS DEMAIS PROVIDÊNCIAS LEGAIS E NORMATIVAS DECORRENTES, DECLARANDO, NA FORMA DE DISPOSITIVOS DA LEI 6868/60, NADA HAVER QUE DESABONE SUA REPUTAÇÃO POR SUA CONDUTA PÚBLICA.

TERMOS EM QUE
PEDE DEFERIMENTO

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Farmacêutico(a)