



Formulário 11

Ilmo(a) Sr(a).
Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro

Formulário de Cancelamento de Inscrição

Atenção

Todos os campos devem ser preenchidos de forma legível ou em letra de forma.
Não será aceito formulário fora do padrão, desconfigurado, com rasuras ou com complementação à caneta.

Eu, _____, farmacêutico/ técnico inscrito no CRF-RJ sob o nº _____ venho por meio deste solicitar a V.Sa. o cancelamento de minha inscrição profissional por motivo de : _____

Informações:

Confirmo que as informações prestadas abaixo são verídicas:

- a) Quanto tempo exerceu a profissão? _____
- b) Atua no serviço público? Qual função exerce? _____
- d) Utiliza os conhecimentos do Curso de Farmácia na atividade que realiza atualmente? _____

Declaro, que estou ciente de que na ocorrência de declaração falsa no presente documento, sujeitar-me-ei à ação criminal pelo cometimento de crime de falsidade ideológica, previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro.

Declaro para os devidos fins que estou ciente de que exercer atividades profissionais reconhecidas pelo Conselho Federal de Farmácia na área de conhecimento farmacêutico, sem registro ativo perante o Conselho Regional de Farmácia sob jurisdição do qual me encontrar, configura conduta criminal tipificada no Artigo 282 do Decreto Lei 2848/1940 (Código Penal), tendo em vista o Artigo 13 da Lei 3820/60. "Art. 13 – Somente aos membros inscritos nos Conselhos Regionais de Farmácia será permitido o exercício de atividades profissionais Farmacêuticas no País."

Neste ato, e para todos os efeitos específicos neste requerimento declaro, como TITULAR, estar ciente e de acordo em disponibilizar e autorizar o CRF/RJ, aqui denominado como CONTROLADOR, a dispor de meus dados pessoais. Os dados pessoais naturais coletados e tratados pelo CRF/RJ decorrem de uma obrigação legal prevista na Resolução CFF nº 638/2017 ou aquela que vier substituir, Lei nº 3820/1960 e artigos 5º inciso IV; 7º inciso II; 9º; 18º e 23º inciso I, todos da Lei 13709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados-LGPD). O período de armazenamento e eliminação observarão os dispositivos na Portaria nº 1331/2021, disponível no Portal da Transparência - Atos Normativos.

No caso de existência de instauração de Processo Ético Disciplinar em meu desfavor, o deferimento do pedido do cancelamento da inscrição não me desobriga de atender as convocações da Comissão de Ética, bem como, ao cumprimento de eventual penalidade que me for aplicada.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Requerente

Check List Cancelamento de Inscrição

Em conformidade com a Resolução Nº 638 de 24 de março de 2017, que dispõe sobre a inscrição, o registro, o cancelamento de inscrição e a averbação nos Conselhos Regionais de Farmácia, e dá outras providências.

Análise Prévia

1. O requerimento de cancelamento de inscrição encontra-se preenchido, data e assinado. Sim Não

2. O(A) requerente possui débito(s). Sim Não

3. O(A) requerente possui responsabilidade(s) técnica(s). Sim Não

4. O(A) requerente anexou a carteira de identidade profissional. Sim Não

5. O(A) requerente anexou a cédula de identidade profissional. Sim Não

6. Na hipótese de extravio, furto ou roubo da cédula e/ou carteira, o(a) profissional deverá entregar ao CRF o Boletim de Ocorrência Policial constando o fato.

OBS: Houve furto de documento Sim Não Especifique: _____

Estou ciente de que deverei complementar a documentação exigida acima no prazo de 05 (cinco) dias, caso contrário minha inscrição permanecerá ativa neste Conselho de Farmácia.

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura do Requerente

Do: Serviço de Registro

Para: Serviço de Secretaria

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura do Funcionário

Do: Serviço de Secretaria

Para: Plenário

Providenciar cancelamento de inscrição: Sim Não

Para que possamos encaminhar o processo para cancelamento de inscrição pelo Plenário, o (a) requerente deverá apresentar:

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura do Funcionário