



ILMO SR. PRESIDENTE

Nome: _____ Inscrição: _____

() Endereço atualizado no CRF/PR () Endereço a atualizar no CRF/PR

Rua / Av.: _____

Bairro: _____ Fone: _____

Localidade: _____ CEP: _____

E-mail: _____

Venho por meio deste, respeitosamente:

Solicitar a () BAIXA () DESISTÊNCIA da minha responsabilidade técnica:

Na condição de: () Diretor(a) Técnico(a) () Assistente Técnico(a) () Substituto(a) () DAP

Pelo estabelecimento de Razão Social: _____

CNPJ: _____ Último dia efetivamente trabalhado: _____

Declaro ainda que o motivo do meu requerimento é:

- () Mudança de filial da empresa
- () Mudança de empresa da mesma natureza por melhores condições de trabalho
- () Mudança para exercer atividade em estabelecimento de outra natureza de atividade
- () Porque não irei mais exercer atividade como farmacêutico
- () Mudança de cidade ou transferência para CRF de outra jurisdição
- () _____

Nestes termos, pede deferimento.

_____, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL OU PROCURADOR LEGAL.