

DECLARAÇÃO DE AFASTAMENTO TEMPORÁRIO

Eu,	Nº CRF-PF
------------	-----------

Na qualidade de:

	Farmacêutico Diretor Técnico
--	------------------------------

	Farmacêutico Substituto
--	-------------------------

	Farmacêutico Assistente Técnico
--	---------------------------------

	Farmacêutico Plantonista
--	--------------------------

	Farmacêutico Substituto Temporário
--	------------------------------------

Do Estabelecimento/Unidade do Serviço Público que abaixo discrimino:

Razão Social:		Nº CRF-PJ:	
Nome Fantasia:		Ramo de Atividade:	
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:		Estado:
Cep:	Fone:	CNPJ:	

Venho por meio desta, declarar a V.Sa. que ficarei afastado (a) no período de:

Por motivo de:

Sem mais para o momento, subscrevo-me.

	,	de		de
Cidade		Dia	Mês	Ano

Assinatura do Farmacêutico

ATENÇÃO:

É OBRIGATÓRIO A APRESENTAÇÃO DA NOVA CÉDULA DE IDENTIDADE COM CHIP. Para se dar entrada em qualquer assunto junto ao CRF-PB

- **TODOS OS CAMPOS DEVEM SER PREENCHIDOS EM LETRA DE FORMA OU LEGÍVEL, DATILOGRAFADO OU DIGITALIZADO;**
- **NÃO SERÃO ACEITOS FORMULÁRIOS FORA DO PADRÃO OU DESCONFIGURADOS, COM RASURAS, DIGITADOS, COM RASURAS E COMPLEMENTADOS A CANETA. (APRESENTAR SEMPRE VIAS ORIGINAIS);**