



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO TOCANTINS – CRFTO

Av. Teotônio Segurado, s/n - Qd. 501 Sul - Lote 19, Palmas/TO CEP: 77.016.002

Fone/Fax: (0**63) 3216-1606, <http://www.crfto.org.br>



DOC. 02

DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES

Profissional Farmacêutico(a)

Nome:

CRF/TO:

- Declaro para os devido fins que exerço atualmente as seguintes atividades profissionais:

Local:

Horário: das : h, às : h, e das : h, às : h,

Dias trabalhados: Domingo Segunda-feira Terça-feira Quarta-feira Quinta-feira
 Sexta-feira Sábado

Local:

Horário: das : h, às : h, e das : h, às : h,

Dias trabalhados: Domingo Segunda-feira Terça-feira Quarta-feira Quinta-feira
 Sexta-feira Sábado

Local:

Horário: das : h, às : h, e das : h, às : h,

Dias trabalhados: Domingo Segunda-feira Terça-feira Quarta-feira Quinta-feira
 Sexta-feira Sábado

Local:

Horário: das : h, às : h, e das : h, às : h,

Dias trabalhados: Domingo Segunda-feira Terça-feira Quarta-feira Quinta-feira
 Sexta-feira Sábado

- Não exerço outras atividades profissionais.

Declaro também, ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa no presente documento sujeitar-me-à a ação criminal pelo cometimento do crime de “falsidade ideológica”, previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro e falta ética previsto no artigo 23 Inciso IV do Código de Ética Profissional, bem como comprometo-me a comunicar ao CRF/TO sobre as eventuais alterações que ocorrerem a qualquer tempo nas informações prestadas, sob pena de incorrer nas mesmas penalidades.

Palmas / /20 .

Assinatura do Farmacêutico:

Nº de inscrição do Farm.
no CRF-TO _____