



Exma. Sra.
DD. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Tocantins – CRF-TO
PALMAS – TO

Requerimento de Transferência de Farmacêutico.

Eu _____, Farmacêutico(a),
querendo Transferir-se do CRF _____ para o CRF _____, declara:

a) Ser filho(a)

de: _____

e de _____:

b) Ser nascido(a) em ____/____/____, na cidade de _____
_____ no Estado de _____:

c) Ter Diploma de _____ expedido pela
Faculdade de Farmácia _____:

d) Ter solicitado sua Inscrição no Quadro de Farmacêutico do CRF _____:

e) Ser domiciliado(a) atualmente à _____
_____ Bairro _____ na
Cidade de _____ Estado de _____

f) ter, não ter, exercido a Profissão;

g) Não ser nem estar proibido(a) de exercer a Profissão;

h) Não estar incurso(a) em nenhum processo de Violação ao Código de Ética Profissional;

i) Preencher os requisitos da Lei nº. 3.820/60.

Nestes Termos,
Solicita o encaminhamento do presente, para fins de direito.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Farmacêutico