Fls._____

_____
Assinatura

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO TOCANTINS – CRF-TO

DOC. 06.2

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO POR FALECIMENTO DO PROFISSIONAL

Ilmo. (a) Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Tocantins – CRF-TO

Dados do **PROFISSIONAL**

Nome:	
Nº CRF-TO:	CPF:

Dados do **REQUERENTE**

Nome:	
CPF:	
Telefones:	
End:	
Cidade:	
E-mail:	

O (A) **REQUERENTE**, requer na forma do art. 6º da Resolução CFF nº 676, de 22 de novembro de 2019, o cancelamento da inscrição do (a) **PROFISSIONAL** acima qualificado, pelo que anexa ao presente requerimento cópia de sua certidão de óbito.

_____, _____ de _____ de 20_____.
Cidade *dia* *mês* *ano*

_____
Assinatura por extenso

:: *As assinaturas devem ser feitas por extenso. Em caso de rubrica deverá esta ter reconhecimento de firma* ::