



CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO TOCANTINS

DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL – DAP (Resolução Nº 701/2021 do CFF)

Farmacêutico Substituto: _____ CRF Nº: _____

UF: _____ CPF: _____

E-mail: _____ Telefone: (____) _____

Estabelecimento: _____

CNPJ: _____

Nome Fantasia: _____ Registro CRF: _____ UF: _____

Endereço: _____ Município: _____

UF: _____ CEP: _____ E-mail: _____ Telefone: (____) _____

Período: De ____/____/____ Até ____/____/____

Horário(s): _____

Motivo: () Férias () Folga () Plantão () Curso () Licença () Outro: _____

Declaro, sob as penas da lei, que exercerei atividade técnica profissional junto ao estabelecimento citado, no período e horários informados, conforme contrato ou vínculo legal anexo.

Não exerço outras atividades no horário informado.

Tenho ciência de que informações falsas sujeitam-me às penalidades previstas no art. 299 do Código Penal e à responsabilidade ética-profissional.

Ciente da validade de até 30 dias conforme Res. CFF 701/2021.

Local/Data: _____, ____/____/____

Assinatura do Farmacêutico Substituto: _____

Assinatura do Resp. Técnico (substituído): _____

Assinatura do Representante Legal da Empresa: _____

Obs: As assinaturas devem ser por EXTENSO. Em caso de rubrica, é obrigatório estar acompanhado de carimbo.