# SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO TOCANTINS – CRF-TO

Fls. Assinatura

DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES

# DOC. 02

*OBS: somente preencher este formulário caso a atividade declarada não tenha registro no CRF-TO.*

Nº CRF-TO

Nome:

**Declaro para os devidos fins que exerço atualmente as seguintes atividades profissionais, inclusive aulas:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Razão Social: | | | | | | | | | | | |
| Horário: | Das | : | às | : | , e das | : | às | : |  |  |  |
| Dias trabalhados: Segunda-feira | |  | Terça-feira | | Quarta-feira | | Quinta-feira | | Sexta-feira | Sábado | Domingo |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Razão Social: | | | | | | | | | | | |
| Horário: | Das | : | às | : | , e das | : | às | : |  |  |  |
| Dias trabalhados: Segunda-feira | |  | Terça-feira | | Quarta-feira | | Quinta-feira | | Sexta-feira | Sábado | Domingo |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Razão Social: | | | | | | | | | | | |
| Horário: | Das | : | às | : | , e das | : | às | : |  |  |  |
| Dias trabalhados: Segunda-feira | |  | Terça-feira | | Quarta-feira | | Quinta-feira | | Sexta-feira | Sábado | Domingo |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Razão Social: | | | | | | | | | | | |
| Horário: | Das | : | às | : | , e das | : | às | : |  |  |  |
| Dias trabalhados: Segunda-feira | |  | Terça-feira | | Quarta-feira | | Quinta-feira | | Sexta-feira | Sábado | Domingo |

, de de 20 .

Assinatura por extenso do profissional

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