F

ls

.\_\_\_

\_

\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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* ::