

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE RORAIMA – CRF/RR
DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL – DAP

Nome _____, farmacêutico (a) regulamente inscrito (a) sob o número _____, declaro para fins de atividade junto ao estabelecimento com razão social _____, Nome Fantasia _____, registro no CRF/____ nº _____ CNPJ _____, que exercerei atividade técnica profissional, conforme documentação comprobatória anexa, no período de ____/____/____ a ____/____/____.

Segunda-feira	Das ____:____h, às ____:____h	Das ____:____h, às ____:____h	Das ____:____h, às ____:____h
Terça-feira	Das ____:____h, às ____:____h	Das ____:____h, às ____:____h	Das ____:____h, às ____:____h
Quarta-feira	Das ____:____h, às ____:____h	Das ____:____h, às ____:____h	Das ____:____h, às ____:____h
Quinta-feira	Das ____:____h, às ____:____h	Das ____:____h, às ____:____h	Das ____:____h, às ____:____h
Sexta-feira	Das ____:____h, às ____:____h	Das ____:____h, às ____:____h	Das ____:____h, às ____:____h
Sábado	Das ____:____h, às ____:____h	Das ____:____h, às ____:____h	Das ____:____h, às ____:____h
Domingo	Das ____:____h, às ____:____h	Das ____:____h, às ____:____h	Das ____:____h, às ____:____h

Nos termos acima, firmo o compromisso perante o CRF/RR e, em cumprimento ao dever profissional, declaro que prestarei efetiva assistência técnica na forma declarada, e demais compromissos para com a profissão farmacêutica, de acordo com o que dispõe a Lei Federal nº 3820/60 e as Resoluções do Conselho Federal de Farmácia, em especial ao Código de Ética da Profissão Farmacêutica e legislações complementares, ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no artigo 299 do Código Penal (falsidade ideológica).

Declaro ainda ter conhecimento que deverei informar ao CRF/RR o término da presente atividade, quando a mesma não for declarada temporária, sob pena de responsabilidade profissional.

Declaro ainda que: () Não exerço outras atividades profissionais no horário declarado acima;

Boa Vista, ____ de _____ 20 ____.

Protocolo de baixa nº _____ Em ____/____/____. Ass. do funcionário _____

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO(A)
(Rubrica/ Nome por extenso somente com carimbo)

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO(A)/RESP. LEGAL
(Rubrica/ Nome por extenso somente com carimbo)

Obs.: Este **documento não** poderá **ter rasuras** nem espaços em branco