



Este documento foi protocolado sob nº _____ **06**

Em ___/___/____.

Funcionário



REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DO REGISTRO PROFISSIONAL

() FARMACÊUTICO(A)

() TÉCNICO(A)

Eu, _____, inscrito(a)

no CRF/RR sob o nº _____, residente na _____

_____, bairro _____, no município de _____

_____-RR, fone _____, e-mail _____

_____. Venho solicitar à V. S^a o cancelamento de minha inscrição profissional, pois

_____.

Informações Complementares (preenchimento obrigatório)

a) Cancelamento solicitado é definitivo ou temporário?

() Definitivo () Temporário

b) Em que área esta atuando? Exerce outra profissão? Qual?

_____.

c) Qual a sua opinião sobre o momento atual da profissão?

() Excelente

() Bom

() Regular

() Ruim

Boa Vista, ____ de _____ 20____.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nome completo e letra legível)