



Este documento foi protocolado sob nº _____ **14**

Em ___/___/____. _____

Funcionário



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/_____ 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/_____ 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____.

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO(A)
(Nome completo e letra legível)

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO(A)/RESP. LEGAL
(Nome completo e letra legível)