**REQUERIMENTO 9**

**Cancelamento de Inscrição de Farmacêutico**

*ATENÇÃO: Não serão aceitos formulários com rasuras, emendas ou borrões.
O preenchimento de todos os campos é obrigatório.*

**Dados Do Farmacêutico:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome:       | Nº CRF-ES:       |
| Endereço:       | Nº:       | Compl.:       |
| Bairro:       | Cidade:       | Estado:       |
| CEP:       | Telefone:       | E-mail:       |

 **Informações: (se necessário use o verso da página)**

|  |  |
| --- | --- |
| a) Por que está deixando de exercer a profissão? |  |
| b) Em que área atuava? |  |
| c) Quanto tempo exerceu a profissão? |  |
| d) O cancelamento solicitado é definitivo ou temporário? |  |
| e) Qual a sua opinião sobre a profissão? |  |
| f) Atua ou atuou em magistério superior? |  |
| g) Caso afirmativo em que instituição e quais os conteúdos ministrados? |  |
| h) Atua no serviço público? | () Sim ) Não |
| i) Atuou no serviço público? | () Sim ) Não |
| j) Qual a função que exerce ou exerceu no serviço público? |  |
| k) Utiliza os conhecimentos do Curso de Farmácia na atividade que realiza atualmente? | () Sim ) Não**\* Se sim, qual atividade?** |

     ,       de       de 20

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

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO