**REQUERIMENTO DE** **CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO PROFISSIONAL DE FARMACÊUTICO (A)**

Sr. (a) Presidente do CRF/AL,

O abaixo assinado requer **CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO PROFISSIONAL** a V. Sª, conforme documentação anexa.

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | CRF nº: |
| RG nº: | Órgão expedidor: |
| Estado Civil: | Nacionalidade: |
| Naturalidade/Estado: | Bairro: |
| Endereço: | Estado: |
| Município: | Celular: |
| CEP: | Grupo Sanguíneo: |
| E-mail: | |

**Documentos necessários:**

* Requerimento preenchido
* Entrega da carteira profissional

**Nestes termos, pede deferimento.**

Maceió, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_

Assinatura do Farmacêutico: