**DECLARAÇÃO DE HORÁRIOS**

Sr. (a) Presidente do CRF/AL,

O(s) abaixo assinado(s), por meio deste, REQUEREM e DECLARAM os horários de funcionamento e de assistência, conforme especificado abaixo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Horário de Assistência Farmacêutica |  | Horário de Funcionamento do Estabelecimento |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Diretor Técnico** |  | **Assistente Técnico**  |  | **Substituto** |

Junto ao estabelecimento:

|  |  |
| --- | --- |
| **Razão social:** | **CNPJ:** |
| **Nome Fantasia:** | **Bairro:** |
| **Endereço:** |
| **Email:** | **Fone:** |

O (a) Profissional Farmacêutico (a):

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome:** | **CRF/AL:** |
| **Endereço:** |
| **Município:** | **Bairro:** |
| **Email:** | **Fone:** |

Horário de Assistência do Farmacêutico (Atual):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| domingo | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h | e | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h |
| segunda-feira | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h | e | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h |
| terça-feira | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h | e | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h |
| quarta-feira | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h | e | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h |
| quinta-feira | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h | e | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h |
| sexta-feira | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h | e | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h |
| sábado | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h | e | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h |

**Houve aumento na carga horária do farmacêutico?**

**( ) NÃO**

**( ) SIM. Anexar um documento (CTPS ou contrato) com salário compatível a nova carga horária.**

Horário de Funcionamento do Estabelecimento (Atual):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Segunda-feira a Sexta-feira: | Sábado: | Domingo: |
| das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h edas \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h edas \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h edas \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h |

**DECLARO** ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa no presente documento sujeitar-me-á à ação criminal pelo cometimento do crime de “falsidade ideológica” previsto no Art. 299 do Código Penal Brasileiro e falta ética prevista no art. 12 do Código de Ética Profissão Farmacêutica, Res. CFF nº 596/14, bem como comprometo-me a comunicar ao CRF/AL sobre as eventuais alterações que ocorrerem a qualquer tempo nas informações prestadas, sob pena de incorrer nas mesmas penalidades.

Nestes termos, pedem deferimento.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Farmacêutico (a): | Proprietário/Rep. Legal: |

**DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES**

Profissional **FARMACÊUTICO (A):**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | CRF/AL: |

|  |
| --- |
| ( ) Declaro para os devidos fins que exerço atualmente as seguintes responsabilidades técnicas: |
| **1 - Razão social:** | **Fone:** |
| **Nome Fantasia:** | **Bairro:** |
| **Endereço:** | **CEP:** |
| **Cargo/Função:**  | **Horário Trabalho:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **2 - Razão social:** | **Fone:** |
| **Nome Fantasia:** | **Bairro:** |
| **Endereço:** | **CEP:** |
| **Cargo/Função:** | **Horário Trabalho:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **3 - Razão social:** | **Fone:** |
| **Nome Fantasia:** | **Bairro:** |
| **Endereço:** | **CEP:** |
| **Cargo/Função:** | **Horário Trabalho:** |

|  |
| --- |
| ( ) - Não exerço outras atividades profissionais ou análogas. Declaro, também, ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou a declaração falsa no presente documento sujeitar-me-á à ação criminal pelo cometimento do crime de “falsidade ideológica”, previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro e falta ética prevista no art. 12 do Código de Ética Profissão Farmacêutica, Res. CFF nº 596/14, bem como comprometo-me a comunicar ao CRF/AL sobre as eventuais alterações que ocorrerem a qualquer tempo nas informações prestadas, sob pena de incorrer nas mesmas penalidades. |

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

Assinatura do Farmacêutico: