**DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL – DAP**

Eu, Dr. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, farmacêutico (a) regulamente inscrito(a) sob o número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, habilitado na forma da lei, residente no   
endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para fins de atividade junto ao estabelecimento com Razão Social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,   
Nome Fantasia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNPJ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, localizado no   
endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado\_\_\_\_\_\_\_\_ que exercerei atividade técnica profissional temporária por até 30 dias contínuos, em suplência ao(à)   
farmacêutico (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) diretor técnico ( ) assistente técnico, o(a) qual encontra-se afastado(a) no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ por motivo de ( ) férias ( ) cursos/congressos ( ) doença temporária ( ) motivos pessoais.

Nos termos acima, firmo o compromisso perante o CRF/AL 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 3820/60, Decreto 85.878/81, 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 art. 299 do Código Penal (falsidade ideológica). Declaro ainda ter conhecimento que deverei informar o CRF/AL 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 (quaisquer, inclusive aulas) ou outra diversa;

( ) Exerço atualmente as seguintes atividades nos locais e horários: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Maceió, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_

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

Farmacêutico prestador da suplência técnica profissional

Eu, Dr.(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, diretor técnico do estabelecimento, declaro ter conhecimento das atividades desenvolvidas pelo farmacêutico acima nominado, inclusive seus horários e forma de trabalho, assumindo o compromisso de afixar junto a Certidão de Regularidade do CRF/AL cópia desta DAP e, se necessário, a escala de plantões em que o colega exercerá atividades profissionais no estabelecimento, sob pena de, na omissão, incorrer em infração disciplinar.

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

Diretor (a) técnico (a) Representante legal estabelecimento

*Este documento será válido somente para os horários em que o estabelecimento estiver regular perante o CRF/AL, devendo ser protocolado com no mínimo 05 dias úteis de antecedência e deverá uma via ficar em local público e visível, juntamente com a Certidão de Regularidade. Este documento não é válido para licenças médico/trabalhistas, ou situações de afastamento superior a 30(trinta) dias, onde há necessidade de ingresso de Responsabilidade Técnica.*