CRFES	**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO/REATIVAÇÃO**	FM-APF - 001 Revisão: 01 Atualização: 06/01/2022 **Página: 1 de 1**

Não serão aceitos formulários com rasuras, emendas ou borrões.
É obrigatório o preenchimento de todos os campos, exceto complemento de endereço.

Dados pessoais:

Nome:		CPF:
Sexo: (◯) Masculino (◯) Feminino	Naturalidade (Cidade):	
Estado Civil:	Tipo Sanguíneo e Fator RH:	Doador de Órgãos: (◯) Sim (◯) Não
Telefone: ( )	E-mail:	

Endereço:

Logradouro:		Nº:
Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:

Formação e registro profissional:

Formação: (◯) Farmacêutico(a) (◯) Técnico(a) de Laboratório (◯) Outro: _____
Já se inscreveu em outro CRF? (◯) Não (◯) Sim, neste(s) estado(s): _____

Solicitação:

☐	Inscrição provisória de farmacêutico
☐	Inscrição definitiva de farmacêutico
☐	Inscrição de farmacêutico militar
☐	Inscrição de técnico de laboratório
☐	Inscrição por transferência do CRF-_____
☐	Inscrição secundária no CRF-ES
☐	Visto provisório no CRF-ES
☐	Reativação de inscrição de farmacêutico anteriormente cancelada
☐	Reativação de inscrição de técnico anteriomente cancelada
☐	Reativação por transferência do CRF-_____
☐	Outro/observação:

Termo de ciência:

Eu, requerente, autorizo o CRF-ES a efetuar o tratamento dos meus dados pessoais, de acordo com os artigos 7° e 11 da Lei n° 13.709/2018, com a finalidade requerida neste termo. O CRF-ES se responsabiliza pelos dados coletados e por manter medidas de segurança a proteger os dados pessoais do Titular e à ANPD.

_____, _____ de _____ de _____
CIDADE DIA MÊS ANO

_____
ASSINATURA DO REQUERENTE