

	<b>REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO/REATIVAÇÃO</b>	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:**

<input type="checkbox"/>	Inscrição provisória de farmacêutico
<input type="checkbox"/>	Inscrição definitiva de farmacêutico
<input type="checkbox"/>	Inscrição de farmacêutico militar
<input type="checkbox"/>	Inscrição de técnico de laboratório
<input type="checkbox"/>	Inscrição por transferência do CRF- _____
<input type="checkbox"/>	Inscrição secundária no CRF-ES
<input type="checkbox"/>	Visto provisório no CRF-ES
<input type="checkbox"/>	Reativação de inscrição de farmacêutico anteriormente cancelada
<input type="checkbox"/>	Reativação de inscrição de técnico anteriormente cancelada
<input type="checkbox"/>	Reativação por transferência do CRF- _____
<input type="checkbox"/>	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 nº 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