



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

REQUERIMENTO DE AVERBAÇÃO

Dados pessoais:

Nome:	Nº de inscrição:
Telefone: ()	E-mail:

Endereço:

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

Solicitação de averbação de:

<input type="checkbox"/>	Especialista (pós-graduação <i>lato sensu</i>) em:
<input type="checkbox"/>	Mestre/doutor (pós-graduação <i>stricto sensu</i>) em:
<input type="checkbox"/>	Especialista profissional farmacêutico (curso livre, concurso de título) em:
<input type="checkbox"/>	Especialista profissional farmacêutico em Oncologia (com residência ou título da Sobrafo)
<input type="checkbox"/>	Especialista profissional farmacêutico em Floralterapia (com 180h de cursos livres)

Termo de ciência:

Eu, requerente, declaro estar ciente de que, no que se refere à saúde estética, as atividades previstas na Resolução/CFF nº 573/13 estão, por ora, suspensas bem como os termos da Resolução/CFF nº 669/18, estando em vigor apenas os procedimentos previstos nas Resoluções/CFF nº 616/15 e 645/17. Autorizo o CRF-ES a efetuar o tratamento dos meus dados pessoais, de acordo com o artigo 7º, inc.II da Lei nº 13.709/2018, para o cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador, tais como a manutenção dos dados cadastrais de membros do CRF-ES e para publicação no portal da transparência quando previsto em lei.

....., de de

CIDADE

DIA

MÊS

ANO

ASSINATURA DO REQUERENTE