



## FORMULÁRIO INSCRIÇÃO PESSOA FÍSICA

Inscrição CRF/SE: \_\_\_\_\_

Categoria: ( ) Farmacêutico ( ) Téc. Análises Clínicas

Nome:		(foto 3x4)		
Endereço:				
Bairro:				
Nº:	Complemento:			
Cidade:			Estado:	
CEP:	Cel.:			
E-mail:				
Sexo:	Gênero:			
Doador de órgãos e tecidos? ( ) Sim ( ) Não				
Nome do Pai:				
Nome da Mãe:				
Data de Nascimento:	Estado Civil:	CPF:		
RG.:	Órgão Expedidor:	Data de Expedição:		
Reservista:	Carteira de trabalho:	Série:	UF:	Data de Expedição:
Cidade de Nascimento:		Nacionalidade:		
Título de Eleitor:		Zona:	Seção:	Estado:
Tipo Sanguíneo ( ) A ( ) B ( ) AB ( ) O		Fator RH: ( ) + ( ) -		

**Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Sergipe - CRF-SE, pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:**

- ( ) Provisória (com declaração)  
( ) Definitiva direta (com certificado ou diploma)  
( ) Inscrição Secundária  
( ) Inscrição por transferência: do CRF \_\_\_\_\_ para o CRF \_\_\_\_\_

**\*Já foi inscrito/ou tem inscrição em outro Estado? ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não**

**Obs.:** \_\_\_\_\_

( ) **SIM** ( ) **NÃO** - Neste ato, e para todos os efeitos específicos neste requerimento declaro, como TITULAR, estar ciente e de acordo em disponibilizar e autorizar o CRF/SE, aqui denominado como CONTROLADOR, a dispor de meus dados pessoais. Os dados pessoais naturais coletados e tratados pelo CRF/SE decorrem de uma obrigação legal prevista na Resolução CFF nº 638/2017 ou aquela que vier substituir, Lei nº 3820/1960 e artigos 5º inciso IV; 7º inciso II; 9º e 18º, todos os incisos, e 23º inciso I, todos da Lei 13709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados-LGPD). Declaro, ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou a declaração falsa no presente documento sujeita-me a ação criminal, pelo cometimento de crime de "falsidade ideológica", previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro e falta ética prevista no artigo 23, Inciso IV, do Código de Ética Profissional, bem como comprometo-me a comunicar ao CRF/SE sobre as eventuais alterações que ocorrerem a qualquer tempo nas informações prestadas, sob pena de incorrer nas mesmas penalidades.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE SERGIPE

Aracaju/SE \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**PROFISSIONAL REQUERENTE**