**REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE DA FEDERAÇÃO**

Ilmo

Sr. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado ...........

O(a) Farmacêutico(a), ........... querendo transferir-se do CRF-..... (UF) para o CRF-..... (UF)

DECLARA:

a) Ser filho de .............

b) Ser nascido em ..... de ......... de .....

c) Ter Diploma de ...........

d) Expedido pela ...........

e) Não estar exercendo a profissão na Jurisdição do ...........

f) Ser domiciliado atualmente à Rua (Av.) ...........

g) Não estar proibido de exercer a profissão.

h) Não estar incurso em nenhum processo de violação ao Código de Ética da Profissão Farmacêutica.

i) Preencher os requisitos da Lei 3.820/60.

Neste Termos

Pede Deferimento.

..........., ..... de ......... de .....

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

Assinatura do farmacêutico – CRF-..... (UF) nº .....