SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Rua Amélia, 50 - Espinheiro - RECIFE-PE – PABX (81) 3426-8540
CNPJ 09.822.982/0001-71

Declaração de Atividade Profissional - DAP

Dr. (a)_____, farmacêutico(a) regulamente inscrito(a) sob o número_____, habilitado na forma da lei, residente no endereço_____, Bairro_____, Cidade_____, Estado_____, declaro para fins de atividade junto ao estabelecimento registrado sob o CRF/PE nº_____ com Razão Social_____, Nome Fantasia_____, CNPJ_____, localizado no endereço_____, Bairro_____, Cidade _____, Estado_____ que exercerei atividade técnica profissional, conforme documentação comprobatória anexa, no período de _____/_____/_____ a _____/_____/_____.
Observação: limitado a 30 (trinta) dias.

Nos termos acima, firmo o compromisso perante o CRF/PE e, em cumprimento ao dever profissional, declaro que prestarei efetiva assistência técnica na forma declarada, e demais compromissos para com a profissão farmacêutica, de acordo com o que dispõe a Lei Federal n° 3820/60 e as Resoluções do Conselho Federal de Farmácia, em especial ao Código de Ética da Profissão Farmacêutica e legislações complementares, ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no artigo 299 do Código Penal (falsidade ideológica).
Declaro ainda ter conhecimento que deverei informar ao CRF/PE o término da presente atividade, quando a mesma não for declarada temporária, sob pena de responsabilidade profissional.
Declaro ainda que:
( ) Não exerço outras atividades profissionais (quaisquer, inclusive aulas) ou outra diversa;
( ) Exerço atualmente as seguintes atividades nos locais e horários:

_____
_____
_____,_____de_____20_____.

_____ _____
Farmacêutico contratado Representante legal do estabelecimento

Eu, Dr. (a)_____, farmacêutico diretor/responsável técnico do estabelecimento, declaro ter conhecimento das atividades desenvolvidas pelo farmacêutico acima nominado, inclusive seus horários e forma de trabalho, assumindo o compromisso de afixar junto a Certidão de Regularidade do CRF/PE, cópia desta DAP e , se necessário, a escala de plantão em que o colega exercerá atividades profissionais no estabelecimento, sob pena de, na omissão, incorrer em infração disciplinar.

_____
Farmacêutico Responsável Técnico(a)

Este documento será válido somente para os horários em que o estabelecimento estiver regular perante o CRF/PE, devendo ser protocolado com antecedência junto ao CRF ou enviado através dos Serviços On-Line. Deverá uma via ficar em local público e visível, juntamente com a Certidão de Regularidade. Este documento não é válido para licenças médico/trabalhistas, onde há necessidade de ingresso de Responsabilidade Técnica.