



**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO - CRF-RJ**

## **Declaração de Atividade Profissional - DAP**

\_\_\_\_\_, farmacêutico (a) regulamente inscrito (a) sob o número \_\_\_\_\_, declaro para fins de atividade junto ao estabelecimento com razão social \_\_\_\_\_, Nome Fantasia \_\_\_\_\_, registro no CRF/RJ nº \_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_, que exercerei atividade técnica profissional, conforme documentação comprobatória anexa, no período de \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_.

Nos termos acima, firmo o compromisso perante o CRF/RJ 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 nº 3820/1960 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/RJ 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 no horário declarado acima

Neste ato, e para todos os efeitos específicos neste requerimento declaro, como TITULAR, estar ciente e de acordo em disponibilizar e autorizar o CRF/RJ, aqui denominado como CONTROLADOR, a dispor de meus dados pessoais. Os dados pessoais naturais coletados e tratados pelo CRF/RJ 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). O período de armazenamento e eliminação observarão os dispositivos na Portaria nº 1331/2021, disponível no Portal da Transparência - Atos Normativos.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura** e carimbo do Farmacêutico

Ciente e de acordo,

\_\_\_\_\_  
**Assinatura** do Representante Legal do estabelecimento e carimbo