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

Cat.	Processo
Nº Protocolo	
Data	
Funcionário	

Formulário 4

Ilmo (a). Sr (a). Presidente do
Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro - CRF-RJ.

RAZÃO SOCIAL / NOME:	CRF-RJ Nº
ENDEREÇO:	

Vem Requerer a V. Sa.:

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