



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

Formulário 8

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

DECLARAÇÃO

| | |
|-----------|-----------|
| NOME: | CRF-RJ N° |
| ENDEREÇO: | |
| EMPRESA: | |
| ENDEREÇO: | |

DECLARO estar ciente de não ter cumprido o Art. 15 inciso XII da Resolução nº 711/21 do Conselho Federal que concede ao profissional farmacêutico o prazo de 05 (cinco) dias úteis para apresentação do pedido de baixa de responsabilidade técnica por estabelecimento de atividade farmacêutica, e que por reincidência a essa infração estarei passível de ser processado (a) junto à Comissão de Ética do CRF-RJ de acordo com a Resolução em referência.

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