

## ANEXO II

### REQUERIMENTO PARA INSCRIÇÃO AO CARGO DE CONSELHEIRO REGIONAL

**A PRESIDENTE DA COMISSÃO ELEITORAL DO CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO AMAPÁ.**

....., brasileiro(a), farmacêutico(a), inscrito(a) no CRF-AP sob o n.º ....., CPF n.º....., e-mail: ....., quite com a Tesouraria do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Amapá, bem como atendendo os demais requisitos impostos pelo **Edital n.º 001/2019, de 17 de junho de 2019 - CER-CRF/AP**, publicado no DOE nº 6942, de 18 de junho de 2019, vem requerer inscrição no cargo de **Conselheiro Regional do CRF/AP**, para o mandato de **01/01/2020 a 31/12/2023**, nos termos do Regulamento Eleitoral(Resolução/CFE nº 660/2018 (DOU de 03/10/2018, Seção 1, p. 187).

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Mandato: \_\_\_\_\_

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

Data: \_\_\_\_\_

---

Assinatura do Candidato a Conselheiro Regional

**ANEXO III**

**REQUERIMENTO PARA INSCRIÇÃO DE CHAPA PARA A DIRETORIA DO  
CRF-AP**

**A PRESIDENTE DA COMISSÃO ELEITORAL DO CONSELHO REGIONAL  
DE FARMÁCIA DO ESTADO DO AMAPÁ.**

....., ....., ....., .....,  
brasileiros(as), farmacêuticos(as), inscritos (as) no CRF-AP, respectivamente sob o n.º  
....., n.º ....., n.º....., n.º....., CPF n.º.....,  
....., ....., ....., *e-mails*, .....,  
....., ....., ....., abaixo  
assinados, residentes e domiciliados em ....., Estado do  
..... em pleno gozo de seus direitos profissionais, requerem a V.S.<sup>a</sup> que se  
digne inscrevê-los como candidatos à **DIRETORIA**, para mandato de **01/01/2020** a  
**31/12/2021**, nos conformes da Resolução n.º 660, de 28 de setembro de 2018, do CFF e  
o **Edital n.º 001/2019, de 17 de junho de 2019 - CER-CRF/AP**, publicado no DOE n.º  
6942, de 18 de junho de 2019, na Chapa assim composta:

**CHAPA N.º:** \_\_\_\_\_ (PARA USO EXCLUSIVO DA CER)

**NOME (Se houver):** \_\_\_\_\_

**Presidente:** \_\_\_\_\_

**Vice-Presidente:** \_\_\_\_\_

**Secretário(a)Geral:** \_\_\_\_\_

**Tesoureiro(a):** \_\_\_\_\_

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

Data: \_\_\_\_\_

<b>ASSINATURAS DOS CANDIDATOS (Presidente, Vice-Presidente, Secretário-Geral e Tesoureiro)</b>	<b>CRF-AP N.º</b>

## ANEXO IV

### DECLARAÇÃO

(Art. 29, inciso III, da Resolução 660/2018-CFF)

Eu, ....., brasileiro(a),  
farmacêutico(a), inscrito no CRF-AP sob o número .....,  
residente e domiciliado(a) no Estado do AMAPÁ, em pleno gozo de meus  
direitos profissionais, declaro que tenho ciência acerca do cronograma  
eleitoral do CRF-AP, além do recebimento do protocolo da inscrição.

Macapá/AP, \_\_\_\_\_.

---

Farmacêutico (a)