



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS - CRF/MG

DECLARAÇÃO DOS FARMACÊUTICOS - APLICAÇÃO DE VACINAS

Declaramos que o(s) farmacêutico(s) (nome e CRF) :

exercerão as atividades de aplicação de vacinas(razão social e nº de registro no CRF do estabelecimento):

Declaramos ainda que o(s) profissional(is), são habilitados a exercer a atividade acima citada, nos termos da Resolução 658/2018 do Conselho Federal Farmácia, e que de acordo com o Código de Ética Farmacêutica é proibido exercer a profissão e funções relacionadas à Farmácia, exclusiva ou não, sem a necessária habilitação legal.

Assinatura do Diretor Técnico

Assinatura do Representante Legal

Farmacêutico do Serviço de Aplicação
de vacinas

Farmacêutico do Serviço de Aplicação de
de vacinas

Farmacêutico do Serviço de Aplicação
de vacinas

Farmacêutico do Serviço de Aplicação
de vacinas

Local e data: _____, _____ de _____ 20____