

ANEXO II

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

(**nome do farmacêutico**), 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 001/2017, de 10 de julho de 2017-CER-CRF/AP, publicado no DOE n.º 6483, de 17 de julho de 2017, vem requerer inscrição no cargo de **Conselheiro Regional do CRF/AP**, para mandato de **1º/01/2018 a 31/12/2021**, nos termos do Regulamento Eleitoral.

Nome: _____

Cargo: _____

Mandato: _____

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

Data: _____

Assinatura do Candidato a Conselheiro Regional

ANEXO III

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

(**nomes dos farmacêuticos**), 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.^a que se digne inscrevê-los como candidatos à **DIRETORIA**, para mandato de **1º/01/2018 a 31/12/2019**, nos conformes da Resolução n.º 604, de 31 de outubro de 2014, do CFF e o Edital n.º 001/2017, de 10 de julho de 2017-CRF/AP, publicado no DOE n.º 6483, de 17 de julho de 2017, na Chapa assim composta:

NOME (Se houver): _____

Presidente: _____

Vice-Presidente: _____

Secretário(a)Geral: _____

Tesoureiro(a): _____

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

Data: _____

ASSINATURAS DOS CANDIDATOS (Presidente, Vice-Presidente, Secretário-Geral e Tesoureiro)	CRF-AP N°

ANEXO IV

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

(**nomes dos farmacêuticos**), brasileiros(as), farmacêuticos(as), inscritos(as) no CRF-AP sob o n.º, respectivamente sob o n.º, n.º, CPF n.º.....,, *e-mails*,,, abaixo assinados, residentes e domiciliados em, Estado do Amapá e em pleno gozo de seus direitos profissionais, requererem a V. S^a que se designe inscrevê-los como candidatos à chapa de **Conselheiro Federal**, para mandato de **1º/01/2018 a 31/12/2021**, assim composta:

CHAPA N°: _____ (**PARA USO EXCLUSIVO DA CER**)

NOME (Se houver): _____

NOME (Se houver): _____

Conselheiro Federal Titular: _____

Conselheiro Federal Suplente: _____

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

Data: _____

ASSINATURAS DOS CANDIDATOS (Conselheiro Federal Titular e Conselheiro Federal Suplente)	CRF-AP N°

DECLARAÇÃO

(Art. 29, inciso III, da Resolução 604/2014-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)