

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE (1)

Nome: _____

Tipo do Bilhete de Identidade de Residente da RAEM:

Bilhete de Identidade de Residente Permanente n.º: _____

Bilhete de Identidade de Residente Não Permanente n.º: _____

N.º Licença de Farmacêutico emitida pelo Instituto para a Supervisão e Administração Farmacêutica: _____

Venho, por este meio, declarar que começo a assumir a responsabilidade do cargo de Director Técnico da Farmácia _____ desde a data de _____.

Assinatura do declarante: _____

Data: _____

(A presente declaração deve ser feita pelo(a) Director(a) Técnico(a) da farmácia.)

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE (2)

Nome: _____

Tipo do Bilhete de Identidade de Residente da RAEM:

Bilhete de Identidade de Residente Permanente n.º: _____

Bilhete de Identidade de Residente Não Permanente n.º: _____

Titular de licenças emitidas pelo Instituto para a Supervisão e Administração

Farmacêutica:

Farmacêutico n.º: _____

Ajudante Técnico de Farmácia n.º: _____

Venho, por este meio, declarar que começo a assumir a responsabilidade do cargo de Substituto do Director Técnico da Farmácia _____ durante as ausências daquele director técnico, desde a data de _____.

Assinatura do declarante: _____

Data: _____

(A presente declaração deve ser feita pelo(a) Substituto(a) do(a) Director(a) Técnico(a) durante as ausências daquele director técnico. A presente declaração pode ser fotocopiada, de acordo com as necessidades reais.)

DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADE (2)

Nome: _____

Tipo do Bilhete de Identidade de Residente da RAEM:

Bilhete de Identidade de Residente Permanente n.º: _____

Bilhete de Identidade de Residente Não Permanente n.º: _____

N.º Licença de Farmacêutico emitida pelo Instituto para a Supervisão e Administração Farmacêutica: _____

Venho, por este meio, declarar que não exerço qualquer actividade de prestação de cuidados de saúde, designadamente, a profissão médica e correlativas, não me encontrando, assim, abrangido por qualquer incompatibilidade com o exercício da profissão de farmacêutico.

Assinatura do declarante: _____

Data: _____

(A presente declaração deve ser feita pelo farmacêutico. A presente declaração pode ser fotocopiada, de acordo com as necessidades reais.)

DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADE (3)

Nome: _____

Tipo do Bilhete de Identidade de Residente da RAEM:

Bilhete de Identidade de Residente Permanente n.º: _____

Bilhete de Identidade de Residente Não Permanente n.º: _____

N.º Licença de Ajudante Técnico de Farmácia emitida pelo Instituto para a Supervisão e Administração Farmacêutica: _____

Venho, por este meio, declarar que não exerço qualquer actividade de prestação de cuidados de saúde, designadamente a profissão médica e correlativas, não me encontrando, assim, abrangido por qualquer incompatibilidade com o exercício da profissão de ajudante técnico de farmácia.

Assinatura do declarante: _____

Data: _____

(A presente declaração deve ser feita pelo ajudante técnico de farmácia. A presente declaração pode ser fotocopiada, de acordo com as necessidades reais.)