**ABONO DE FALTAS**

Ilmo. Sr. (a). Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado ...........

Dr. (a), ........... , inscrito (a) no CRF-UF sob o nº ..........., farmacêutico (a) Responsável Técnico (a) pela firma ..........., situada ........... vem respeitosamente comunicar, que estará ausente da eferida firma no (s) dia (s) ........... de ........... de ........... , solicitando abono de falta por motivo ...........

[ ] Faltas justificadas previstas em lei, art. 473 da CLT. (morte de parente, nascimento de filho, doação de sangue, tirar título de eleitor, serviço militar e vestibular. (mediante comprovação)

[ ] Participação em eventos de interesse profissional ou da empresa. (cursos, palestras, reuniões da empresa, seminários. (mediante comprovação)

Nestes termos.

Pede deferimento.

.........., ........... de ........... de ...........

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Farmacêutico

Visado da discalização do CRF-UF em ........... de ........... de ..........

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fiscalização do CRF-UF