**REQUERIMENTO PARA CANCELAMENTO DE DIREÇÃO TÉCNICA**

Exmo. Sr. Presidente do Conselho Diretivo do INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (***Nome completo***), contactos de endereço eletrónico e telefónico, licenciado(a) em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) da carteira profissional n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, emitida pela Ordem dos Farmacêuticos, vem requerer a V. Exa. o seu cancelamento da função de diretor(a) técnico(a) do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (***identificar a denominação social da entidade que procedeu ao averbamento de direção técnica***), com estabelecimento sito em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (***morada completa e código postal***), freguesia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, concelho de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, distrito de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, titular de autorização n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para o exercício da atividade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (identificar a atividade exercida), com efeitos reportados a (***indicar data de cessação de funções***).

Pede deferimento

(Data): \_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

(Assinatura):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(**Assinatura conforme o Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão**)