**Requerimento de alteração de Direção Técnica da Farmácia de Oficina**

Exmo. Sr.

Diretor Regional da Saúde

Clique ou toque aqui para introduzir texto.[[1]](#footnote-1), portador(a) de cartão de   
cidadão/BI n.º Clique ou toque aqui para introduzir texto. e NIF ou NIPC nº Clique ou toque aqui para introduzir texto., proprietário(a) averbado(a) em alvará da   
Farmácia[[2]](#footnote-2) Clique ou toque aqui para introduzir texto., com o alvará n.º Clique ou toque aqui para introduzir texto., datado de Clique ou toque para introduzir uma data., vem requerer a V. Exa. o averbamento do (a )farmacêutico(a)[[3]](#footnote-3) Clique ou toque aqui para introduzir texto., com a cédula profissional n.º Clique ou toque aqui para introduzir texto., portador(a) de cartão de cidadão/BI n.º Clique ou toque aqui para introduzir texto. e NIF n.º Clique ou toque aqui para introduzir texto., nas funções de Diretor(a) Técnico(a) da mencionada Farmácia, com efeitos à data de Clique ou toque para introduzir uma data..

Pede deferimento,

Escolha um item., Clique ou toque para introduzir uma data.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[[4]](#footnote-4)

1. Nome do proprietário averbado em alvará (pessoa singular) ou designação da sociedade proprietária averbada em alvará (na pessoa do(s) representante(s) legal(ais), com poderes legais para o efeito). [↑](#footnote-ref-1)
2. Nome da farmácia. [↑](#footnote-ref-2)
3. Nome completo. [↑](#footnote-ref-3)
4. Assinatura [↑](#footnote-ref-4)