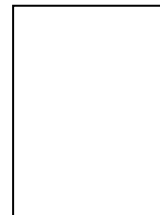




SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA
CRMV/RO

Av. Buenos Aires, 2530, Bairro: Embratel, Porto Velho/RO
CEP: 76.820-876, Tel. (69) 3222-2560/4840
REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA



Data de Inscrição ____/____/____ (uso do CRMV-RO)
Inscrição nº: _____ (uso do CRMV-RO)
Categoria: _____ (uso do CRMV-RO)

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Rondônia, _____

() Médico Veterinário () Zootecnista, vem à presença de Vossa Senhoria requerer
() Inscrição, () Inscrição Secundária, () Transferência, () Reativação da
inscrição, a fim de exercer a profissão no Estado de Rondônia.

1) DADOS PESSOAIS:

Nome Completo: _____
Formação Profissional: Médico Veterinário Zootecnista
Nascimento: ____/____/____ Sexo: Masculino • Feminino •
Naturalidade: _____ UF: _____ Nacionalidade: _____
End. Resid.: Rua/Av. _____
Nº _____ Aptº _____ Complemento _____ Bairro _____
Município: _____ UF: _____ CEP: _____
Telefone: () _____ Fax: () _____ E-Mail: _____
Filiação: Pai _____
Mãe _____
Estado Civil: _____ Veterinário Militar •

2) DOCUMENTAÇÃO:

RG nº: _____ SSP: _____ Emissão: ____/____/____
CPF: _____ Grupo Sanguíneo: Tipo _____ RH _____
Título Eleitor: _____ Zona: _____ Seção _____ Data: ____/____/____
Município : _____ UF: _____
Certificado Militar: _____ Série: _____ Cat.: _____ RM _____

3) FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA:

Universidade: _____
Faculdade/Escola: _____
Data de Conclusão ____/____/____ Curso: _____

Orgão: _____ Nº _____ Livro: _____ Folha _____ Data ____/____/____
Outros: _____

4) ATIVIDADE PROFISSIONAL:

Pública Privada Pública e Privada Sem Atividade

Entidade: _____

End.Profissional: _____

Município: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone: () _____ Fax: () _____ E-Mail: _____

Descrever sucintamente suas atividades profissionais:

Remuneração Global, (Baseada em nº de salário mínimo)

1-3 s.m • 3-6 s.m • 6-9 s.m • 9-12 s.m • + 12 s.m •

5 - INSCRIÇÃO EM OUTRO CRMV:

CRMV nº _____ UF: _____ Categoria: _____

Data de Inscrição: ____/____/____ Data de Cancelamento: ____/____/____

CRMV nº _____ UF: _____ Categoria: _____

Data de Inscrição: ____/____/____ Data de Cancelamento: ____/____/____

6 - APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL:

Aperfeiçoamento • _____

Especialização • _____

Mestrado • _____

Doutorado • _____

Pós-Doutorado • _____

Outros • _____

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

7- Da Secretaria Geral:

Data da Aprovação da Inscrição: ____/____/____ Reunião Plenária

OBSERVAÇÕES:

FUNC.RESPONSÁVEL: _____

Cargo _____

Porto Velho/RO: ____/____/____ Assinatura: _____