SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DE RONDÔNIA
CRMV-RO

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

Nome Completo: _____

Nome Social: _____

Data de Nascimento:____ /____ / ____ Estado Civil: _____ Sexo: ( ) M ( ) F

Natural de: _____ Veterinário Militar: ( ) SIM ( ) NÃO

Endereço: _____Nº:_____ CEP: _____

Bairro: _____Município: _____Estado:_____

Telefone: ( ) _____Celular/WhatsApp: ( ) _____e-mail: _____

Venho à presença de Vossa Senhoria, **requerer o cancelamento** da minha inscrição neste CRMV-RO, pelo(s) motivo(s) a seguir, conforme a Resolução CFMV nº 1475/22, abaixo:

Art. 18. O profissional poderá requerer o cancelamento de sua inscrição primária ou secundária.
I - os motivos do pedido do cancelamento;
II - juntar a cédula de identidade profissional.
Paragrafo único – No caso de extravio da cédula de Identidade profissional, deverá anexar a certidão de registro de ocorrência policial

I - Motivos:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

II - Declaro, ainda, que não exerço e não exercerei as atividades profissionais durante o período de cancelamento, sob as penas da Lei.

III – Segue a solicitação, a cédula de identidade profissional ou boletim de ocorrência do fato.

Estou ciente que, conforme a Resolução CFMV Nº. 1475/22, em seu art. 20: “A anuidade é devida integralmente inclusive no exercício em que for requerido o cancelamento”.

Tenho conhecimento que para o exercício da Medicina Veterinária e da Zootecnia no território nacional, o profissional é obrigado a se inscrever no Conselho Regional de Medicina Veterinária em cuja jurisdição estiver sujeito, comprometendo-me a solicitar o reingresso, caso volte a exercer minha profissão, conforme Resolução CFMV n. 1475/22, para não caracterizar o exercício ilegal da profissão.

Pede deferimento.

_____ _____
Assinatura Local/Data