SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DE SERGIPE

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

DADOS DO PROFISSIONAL	Nome do Profissional	Profissão [ ] Med. Vet. [ ] Zootecnia

Número de Inscrição no CRMV-	CPF	E-mail
Endereço Residencial (Rua n.º Caixa Postal)		Bairro
Município/UF	CEP:	DDD e Telefone
Endereço de Correspondência (Rua n.º Caixa Postal)		Bairro
Município/UF	CEP:	DDD e Telefone

Venho à presença de Vossa Senhoria **requerer o cancelamento** da minha inscrição nesse CRMV , pelo(s) motivo(s) a seguir, conforme os artigos 18 a 21, da Resolução CFMV nº 1475/2022:

I - Motivos:
_____
_____
_____

II – Período do cancelamento:
_____
_____

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

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DE SERGIPE

Estou ciente que, conforme a Resolução CFMV Nº. 1475/2022, em seu art. 21: " 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 estiversujeito, comprometendo-me a solicitar o reingresso, caso volte a exercer minha profissão, conforme Resolução CFMV n. 1475/2022, Art. 20º, para não caracterizar o exercício ilegal da profissão.

_____

Assinatura

Local/Data_____