|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA**  **VETERINÁRIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA**  LEI FEDERAL Nº. 5.517/1968 | LEI FEDERAL Nº. 6.839/1980 | PROTOCOLO: | | |  |
| DATA: |  |  |  |

**REQUERIMENTO DE DESISTÊNCIA ANTECIPADA**

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Santa Catarina,

**DADOS**

|  |
| --- |
| Nome |
|  |
| Nacionalidade | Estado Civil |
|  |  |
| Documento de identidade | CPF |
|  |  |
| Cargo | Ordem de Classificação no Concurso |
|  |  |

Venho à presença de Vossa Senhoria requerer a **DESISTÊNCIA, antecipada e em caráter total e irrevogável**, da nomeação para o cargo abaixo discriminado do Concurso Público Edital 002/2017.

Local e data:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

ATENÇÃO: A assinatura aposta no formulário de desistência deverá ter reconhecimento de firma ou ser autenticada por empregado, devidamente identificado, de qualquer unidade do CRMV-SC (Sede ou Delegacias Regionais), que providenciará o encaminhamento ao Setor de Recursos Humanos, no endereço descrito no rodapé desta página.