|  |
| --- |
| **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA****VETERINÁRIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA**LEI FEDERAL Nº. 5.517/1968 | LEI FEDERAL Nº. 6.839/1980RESOLUÇÃO CFMV Nº. 683/2001 | RESOLUÇÃO CFMV Nº. 1475/2022 |

**REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO PROFISSIONAL**

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Santa Catarina, venho à presença de Vossa Senhoria requerer o cancelamento da minha inscrição junto a este CRMV-SC, pelo motivo a seguir:

|  |
| --- |
|  |

**1 - DADOS DO PROFISSIONAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome do Profissional | Número CRMV-SC | Formação Profissional |
|  |  |  | Med. Veterinária |  | Zootecnia |
| Endereço | Número | Bairro |
|  |  |  |
| Município/UF | Cep | DDD e Telefone | DDD e Celular |
|  |  |  |  |
| E-mail | CPF |
|  |  |
| Estado Civil | RG |
|  |  |

Estou ciente que, conforme a Resolução CFMV Nº. 1475, de 16/09/2022, em seu Art. 21. A anuidade é devida integralmente inclusive no exercício em que for requerido o cancelamento. Declaro, ainda, que não exerço e não exercerei as atividades profissionais durante o período de cancelamento, sob as penas da Lei, comprometendo-me a solicitar o reingresso, caso volte a exercer minha profissão no Estado de Santa Catarina.

Por ser verdade as informações acima, firmo o presente.

Local e data:

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

Assinatura do Profissional