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

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PROFISSIONAL**

Secundária, Transferência ou Reativação.

|  |
| --- |
| Dados Iniciais (Uso do CRMV-SC)  Data de Inscrição: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Inscrição Nº. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( )VP ( )VS ( )ZP ( )ZS |

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Santa Catarina - CRMV-SC, A fim de exercer a profissão neste Estado, requer a:  Inscrição Secundária,  Transferência ou  Reativação.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1 - DADOS PESSOAIS** | | | | | | | | | | | | | |
| Nome Completo | | | | | | | | | | Sexo  Masculino  Feminino | | | |
| Data de Nascimento | | Naturalidade (Município/UF) | | | | | Nacionalidade | | | | Estado Civil | | |
| Documento de Identidade | Órgão Emissor | | Data de Expedição | CPF | | | | | Titulo de Eleitor | | | | Militar |
| Formação Profissional  Médico Veterinário  Zootecnista | | | | | Grupo Sangüíneo | | | Certificado de Reservista | | | | Faixa Salarial | |
| Filiação (Pai) | | | | | | Filiação (Mãe) | | | | | | | |

**2 - ENDEREÇO RESIDENCIAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Endereço (Rua, Número, Apto, Complemento, Caixa Postal) | Bairro | |
| Município/UF | CEP | |
| E-mail | Telefone (com DDD) | Celular (com DDD) |

**3 - ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Endereço (Rua, Número, Sala, Complemento, Caixa Postal) | Bairro | |
| Município/UF | CEP | Telefone Comercial (com DDD) |

**4) FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Universidade | Data de Colação de Grau |
| Faculdade/Escola | Curso |

**5 - ATIVIDADE PROFISSIONAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Empresa | Município/UF | |
| Ramo de Atividade | Carga Horária Semanal | Data de Admissão |

**6 - INSCRIÇÃO EM OUTRO CRMV**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CRMV Nº | UF | Categoria | Data de Inscrição | Data de Cancelamento |
| CRMV Nº | UF | Categoria | Data de Inscrição | Data de Cancelamento |

**7) APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nível | Instituição/Entidade | Área | Data de Conclusão |
| Nível | Instituição/Entidade | Área | Data de Conclusão |
| Nível | Instituição/Entidade | Área | Data de Conclusão |
| Nível | Instituição/Entidade | Área | Data de Conclusão |
| Nível | Instituição/Entidade | Área | Data de Conclusão |

Declaro ter conhecimento da legislação descrita no cabeçalho e estar requerendo o registro por livre e espontânea vontade. Declaro, ainda, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade.

|  |  |
| --- | --- |
| Data | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Profissional |

**8) DA SESSÃO PLENÁRIA (Uso do CRMV-SC)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data da Aprovação da Inscrição | Reunião Plenária | Carimbo e Assinatura |

**9) OBSERVAÇÕES**

|  |  |
| --- | --- |
| Carimbo do Funcionário Responsável e Assinatura | Local e data |