|  |
| --- |
| **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 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 |