SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA

VETERINÁRIA DO ESTADO DE GOIÁS

**REQUERIMENTO DE**

**REATIVAÇÃO DE INSCRIÇÃO**

DADOS DO PROFISSIONAL

Nome Completo:

Profissão:  Médico Veterinário  Zootecnista

CPF:

Endereço Residencial:

Bairro:      Município:

Estado (sigla):    CEP:

Telefone: (  )       e-mail:

Endereço de Correspondência:  mesmo do residencial  diferente do residencial, sendo situado na(o)       , Bairro:       , Município:       , Estado (sigla):    CEP:      .

Senhor Presidente,

Venho à presença de Vossa Senhoria requerer a reativação de minha inscrição perante o Sistema CFMV/CRMVs. Para tanto nos termos do artigo 46 da Resolução CFMV nº 1475/2022, informo que possuía a inscrição nº       perante o CRMV-GO.

Reconheço ser devido o pagamento da taxa de expedição de Carteira de Identidade Profissional e anuidade integral.

Estou ciente de que o tratamento dos meus dados pessoais pelo CRMV-GO é condição indispensável para a prestação de serviços pelo órgão ou para o exercício dos meus direitos (Lei 13.709/2018 artigo 9° §3°). Os direitos do titular estão elencados no capítulo III artigo 17 e 18 da Lei 13.709/2018.

Anexos:

Documento comprobatório de alteração cadastral, caso haja.

Outros documentos.

Em:   /  /

Assinatura