SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DE GOIÁS

**REQUERIMENTO DE**

**CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO**

DADOS DO PROFISSIONAL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |  |  |  | | | |  |
|  | CPF |  | Nº de Inscrição | | E-mail | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | | | | | |
|  | Profissão | |  |  |  |  | | |  | |
|  |  |  |  |
|  | Médico Veterinário  Zootecnista   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Nome Completo |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  | | |  | |
|  |  | | |  |  |  |  | |
|  | Os dados (endereço, telefone e e-mail) estão atualizados no Sistema de Cadastro?  Sim  Não  Se **NÃO**, me comprometo a atualizar os dados acessando o site <https://siscad.cfmv.gov.br/usuario/login>  Autorizo que a comunicação do processo seja feita por e-mail.  Não autorizo que a comunicação do processo seja feita por e-mail. Encaminhar resposta via correios no endereço:      , CEP:      , Município:      , Estado:      . | | | | | | | | |
|  | Motivos (OBRIGATÓRIO) | |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |
|  | Venho requerer o cancelamento da minha inscrição nesse CRMV-GO, pelo(s) motivo(s) a seguir:  I – **Motivos**:  Atuo em outra área,  Mudança de país,  Atuação em outro estado,  Gestação,  Aposentadoria,  Outro, descrever: | | | | | | | | | |

Declaro que não exerço e não exercerei as atividades profissionais durante o período que estiver com a inscrição cancelada, sob as penas da Lei. 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.” Tenho conhecimento que para o exercício da Medicina Veterinária e da Zootecnia no território nacional, inclusive com uso das nomenclaturas “MÉDICO-VETERINÁRIO ou ZOOTECNISTA”, o profissional é obrigado a se inscrever no Conselho Regional de Medicina Veterinária em cuja jurisdição estiver sujeito, sendo que me comprometo a solicitar o reingresso, caso volte a exercer minha profissão, conforme resolução citada, para não caracterizar o exercício ilegal da profissão.

Anexos (marcar):

Cédula de Identidade Profissional

Certidão de registro de ocorrência policial (No caso de extravio/roubo/furto da cédula de identidade profissional)

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.

Estou ciente que caso tenha inscrição secundária em outro estado, é necessário solicitar o cancelamento no CRMV da respectiva jurisdição.

Em:   /  /

Assinatura do profissional