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 [ ]  NãoSe **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)

[x]  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.

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

Em:   /  /

Assinatura do profissional