REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DO**  **PROFISSIONAL** | Nome do Profissional |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Profissão | Inscrição CRMV-ES Nº. | CPF |
| **Médico Veterinário**  **Zootecnista** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Endereço Residencial (Logradouro, nº, Caixa Postal, Complemento). | Bairro |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Município/UF | CEP |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| E-mail | Telefone | Celular |
|  | **(  )** | **(  )** |

|  |  |
| --- | --- |
| Endereço de Correspondência (Logradouro, nº, Caixa Postal, Complemento). | Bairro |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Município/UF | CEP |
|  |  |

Venho à presença de Vossa Senhoria **requerer cancelamento** da minha inscrição nesse CRMV-ES, pelo (s) motivo (s) a seguir, conforme o artigo 18, da Resolução CFMV nº 1.475/2022:

I – Motivos:

|  |
| --- |
|  |
|  |

II – Declaro, ainda, que não exerço e não exercerei as atividades profissionais durante o período de cancelamento/suspensão, sob as penas da Lei.

**Estou ciente que, conforme a Resolução CFMV Nº. 1.475 de 16 de setembro de 2022, em seu artigo Art. 21. A anuidade é devida integralmente inclusive no exercício em que for requerido o cancelamento.**

Tenho conhecimento que prestação de todas as atividades listadas nas Leis nº 5.517 e nº 5.550, desempenhadas pelo profissional diplomado em Medicina Veterinária ou Zootecnia, respectivamente, necessita de inscrição no conselho, independentemente do tempo de realização do serviço. Ou seja, enquanto não inscrito, o graduado em Medicina Veterinária ou Zootecnia não está autorizado ao exercício profissional.

Art 18 § 2º Será indeferido o pedido do profissional que:

I – estiver cumprindo penalidade de suspensão do exercício profissional;

II – tiver contratos válidos de responsabilidade técnica;

III – não devolver a carteira profissional ou não apresentar o boletim de ocorrência de perda, extravio ou furto/roubo.

|  |
| --- |
| Anexo |
| **Cédula de Identidade Profissional;**  **Certidão de registro de ocorrência policial (no caso de extravio/roubo/furto da cédula de identidade profissional);** |

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Município/UF e Data | | | Assinatura do Profissional |
|  | | |  |
| **Dia** | **Mês** | **Ano** |
|  |  |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |