**REQUERIMENTO DE REATIVAÇÃO DE INSCRIÇÃO**

FOTO

 **PESSOA FÍSICA**

|  |  |
| --- | --- |
| Dados Iniciais *(Uso do CRMV-ES)* | Categoria |
| **Data de Inscrição: \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Inscrição Nº. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **( ) VP ( ) ZP****( ) VS ( ) ZS** |

**Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Espírito Santo – CRMV-ES, A fim de exercer a profissão neste Estado, requer reativação de inscrição pessoa física.**

1. **DADOS PESSOAIS**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome Completo | Sexo |
|  | **[ ]  Masculino** **[ ]  Feminino** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data de Nascimento | Naturalidade | Nacionalidade | Estado Civil |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Documento de Identidade | Órgão Emissor/UF | Data de Emissão | CPF | Título de Eleitor |
|  | **/** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Formação Profissional | Grupo Sanguíneo/Fator RH | Certificado de Reservista | Militar |
| **[ ]  Médico Veterinário** **[ ]  Zootecnista** |  |  | **[ ]**  |

|  |  |
| --- | --- |
| Filiação (Pai) | Filiação (Mãe) |
|  |  |

1. **ENDEREÇO RESIDENCIAL**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Município/UF | CEP | Celular | Telefone |
| **/** |  | **(  )** | **(  )** |

|  |  |
| --- | --- |
| E-mail | Obs. |
|  |  |

1. **ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIAS**

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

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

1. **FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Instituição | Nome da Instituição |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Data de Colação de Grau | Curso |
|  |  |

1. **ATIVIDADE PROFISSIONAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sem Atividade | Empresa/Órgão | Natureza |
| **[ ]**  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ramo de Atividade | Município/UF |
|  | **/** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Carga Horária Semanal | Data de Admissão | Cargo | Faixa Salarial (em salários mínimos) |
|  | **/** |  |  |

1. **INSCRIÇÃO EM OUTRO CRMV**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CRMV Nº | UF | Categoria | Data de Inscrição | Data de Cancelamento |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CRMV Nº | UF | Categoria | Data de Inscrição | Data de Cancelamento |
|  |  |  |  |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Local e Data | Assinatura |
|  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |