|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |  |

**REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE PAGAMENTO DE ANUIDADE**

DADOS DO PROFISSIONAL:

Nome Completo:

Profissão: [ ]  Médico Veterinário [ ]  Zootecnista

Nº de inscrição:

E-mail:

Os dados (endereço, telefone e e-mail) estão atualizados no Sistema de Cadastro?

 [ ]  Sim [ ]  Não

Se **não**, me comprometo a atualizar os dados através do Siscad: <https://siscad.cfmv.gov.br/usuario/login>

Houve transferência para outro Estado: [ ]  Sim [ ]  Não

Se sim, para qual Estado e por quanto tempo:

Senhor Presidente,

Venho à presença de Vossa Senhoria, requerer a Isenção de pagamento de anuidades, conforme o artigo 1º da Resolução CFMV nº 1022/2013. Declaro que atendo os seguintes requisitos:

* Se homem, possuir idade igual ou superior a 65 (sessenta e cinco) anos e 35 (trinta e cinco) anos de contribuição para o Sistema CFMV/CRMV’s.
* Se mulher, possuir idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e 30 (trinta) anos de contribuição para o Sistema CFMV/CRMV’s.

Anexos:

[ ]  Declaração do CRMV em que esteve registrado, declarando tempo de inscrição e contribuição\*.

\*Obrigatória, caso tenha ocorrido transferência.

[x]  Autorizo que a comunicação do processo seja feita por e-mail.

[ ]  Não autorizo que a comunicação do processo seja feita por e-mail.

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

Em:      /     /

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

CPF: