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

**REQUERIMENTO DE PROFISSIONAL**

DADOS DO(A) PROFISSIONAL

Nome Completo:

Número do CRMV-CE:

Profissão: [ ]  Médico Veterinário [ ]  Zootecnista

CPF:       Telefone: (  )       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>

|  |
| --- |
|  **SOLICITAÇÃO**[ ]  CERTIDÃO / PROCESSO DISCIPLINAR [ ]  MUDANÇA DE NOME \* [ ]  CÓPIA DE DOCUMENTO/PROCESSO [ ]  TÍTULO DE ESPECIALISTA \* [ ]  DECLARAÇÃO PGRS/PGRSS [ ]  OUTROS[ ]  JUSTIFICATIVA / ELEIÇÃO \***DETALHAMENTO DA SOLICITAÇÃO (OBS.: DESCRIÇÃO OBRIGATÓRIA):**      |

Obs.: (\*) Anexar documento(s) comprobatórios.

[ ]  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:       Nº:       Complemento:       Bairro:       Município:       Estado:       CEP:

[ ]  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 artigo 9° §3°). Os direitos do titular estão elencados no capítulo III artigo 17 e 18 da Lei 13.709/2018.

Data:      /     /

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

Assinatura do(a ) Profissional