DADOS DO(A) PROFISSIONAL

Nome Completo:

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**:**  Senhor Presidente do CRMV-CE,  Venho requerer o cancelamento da minha inscrição nesse CRMV-CE, pelo(s) motivo(s):  **- DETALHAMENTO DA SOLICITAÇÃO (OBS.: DESCRIÇÃO OBRIGATÓRIA):** |

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.

***Declaro*** *para os devidos fins de prova junto ao CRMV-CE, que a partir desta data* ***NÃO*** *exercerei as atividades profissionais durante o período que estiver cancelada, estando sujeito às penas da Lei, por exercício ilegal da profissão.* 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, o profissional é obrigado a se inscrever no Conselho Regional de Medicina Veterinária em cuja jurisdição estiver sujeito, comprometendo-me 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)

Data:      /     /

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

Assinatura do(a ) Profissional