



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DO CEARÁ

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

Senhor Presidente do CRMV-CE, Eu, _____,

() Médico(a) Veterinário(a); () Zootecnista, inscrito(a) no CRMV-CE sob o nº

_____ vem a presença de Vossa Senhoria requerer o **CANCELAMENTO DE MINHA INSCRIÇÃO**, pelo seguinte motivo:

Declaro para os devidos fins de prova junto ao CRMV-CE, que a partir desta data NÃO exercerei as atividades profissionais durante o período de cancelamento, estando sujeito às penas da Lei, por exercício ilegal da profissão.

Nestes termos,

Pede deferimento.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura

ENDEREÇO: _____ nº _____

Compl.: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ UF: _____ Telefone: () _____

Celular: () _____ Fax: () _____

E-mail: _____

Marque a caixa ao lado se desejar que vosso **endereço de correspondência** seja atualizado conforme as informações disponibilizadas.

Marque a caixa ao lado se desejar que vosso **endereço residencial** seja atualizado conforme as informações disponibilizadas.