REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

Senhor Presidente do CRMV-CE,

Eu, _____, inscrito neste CRMV-CE sob o nº _____ como ( ) Médico(a) Veterinário(a); ( ) Zootecnista, 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.

Data: _____/_____/_____

_____
Assinatura do Requerente

Endereço: _____

nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Município:_____ UF: _____

Telefone: ( )_____ Celular: ( ) _____

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.