



REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Amapá,

Eu, _____ () Médico Veterinário
 () Zootecnista, venho a presença de vossa senhoria requerer () Inscrição Primária () Inscrição Secundária
 () Transferência () Reativação, a fim de Exercer a Profissão neste Estado.

1) DADOS PESSOAIS:

Nome Completo: _____

Naturalidade: _____ Nascimento: ____/____/____

Sexo: Masculino Feminino

End. Resid.: Rua _____

Nº _____ Apto.: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Município: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone: () _____ Celular: _____ E-mail: _____

Filiação: Pai _____

Mãe _____

Estado Civil: _____ Cônjuge: _____ Veterinário Militar

2) DOCUMENTAÇÃO:

RG nº: _____ Órgão: _____ Emissão: ____/____/____

CPF: _____ Grupo Sangüíneo: Tipo _____ RH _____

Título Eleitor: _____ Zona _____ Seção _____ Emissão: ____/____/____

Município: _____ UF: _____

Certificado Militar: _____

3) FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA:

Universidade: _____

Faculdade/Escola: _____

Data de Conclusão: ____/____/____ Curso: _____

Órgão: _____ Nº: _____ Livro: _____ Folha: _____ Emissão: ____/____/____

Outros: _____

4) ATIVIDADE PROFISSIONAL:

Pública Privada Pública e Privada Sem Atividade

Entidade: _____ Data de Admissão: _____

End. Profissional: _____

Município: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone: () _____ Fax: () _____ E-mail: _____

Descrever sucintamente suas atividades profissionais: _____

Carga horária semanal: _____

Remuneração Global, (Baseada em nº de salário mínimo)

1-3 s.m. 3-6 s.m. 6-9 s.m. 9-12 s.m. + 12 s.m.

5) INSCRIÇÃO EM OUTRO CRMV:

CRMV n° : _____ UF: _____ Categoria: _____

Data de Inscrição: ____/____/____ Data de Cancelamento: ____/____/____

6) APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL:

Aperfeiçoamento _____ Especialização _____

Mestrado _____ Doutorado _____

Pós-Doutorado _____ Outros _____

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

7) DA SECRETARIA GERAL:

Data da Aprovação da Inscrição: ____/____/____ Reunião Plenária

Data de Inscrição: ____/____/____ N° da Cédula: _____

Inscrição n°: _____ Categoria: _____

8) OBSERVAÇÕES:

Func. Responsável: _____ Cargo: _____ Local: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____