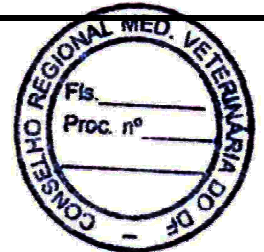




SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA
DO DISTRITO FEDERAL

REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA E REATIVAÇÃO DE
INSCRIÇÃO

Inscrição nº: _____ Categoria: _____



Senhora Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária,

() Médico Veterinário () Zootecnista, vem à presença de Vossa Senhoria requerer
() Transferência, () Reativação da inscrição, a fim de exercer a profissão no Distrito
Federal.

1) DADOS PESSOAIS:

Nome Completo: _____

Formação Profissional: Médico Veterinário Zootecnista

Nascimento: ___/___/___ Sexo: Masculino Feminino

Naturalidade: _____ UF: _____ Nacionalidade: _____

End. Resid.: Rua/Av. _____

Nº _____ Aptº _____ Complemento _____ Bairro _____

Município: _____ UF: _____ CEP: _____

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

Filiação: Pai _____

Mãe _____

Estado Civil: _____ Veterinário Militar

2) DOCUMENTAÇÃO

RG nº: _____ SSP: _____ Emissão: ___/___/___

CPF: _____ Grupo Sangüíneo : Tipo _____ RH _____

Título Eleitor: _____ Zona: _____ Seção _____ Data: ___/___/___

Município : _____ UF: _____

Certificado Militar: _____ Série: _____ Cat.: _____ RM _____



3) FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA:

Universidade: _____
Faculdade/Escola: _____
Data de Conclusão ____/____/____ Curso: _____
Orgão: _____ Nº _____ Livro: _____ Folha _____ Data ____/____/____
Outros: _____

4) ATIVIDADE PROFISSIONAL:

Pública Privada Pública e Privada Sem Atividade

Entidade: _____
End. Profissional: _____
Município: _____ UF: _____ CEP: _____
Telefone: () _____ Fax: () _____ E-Mail: _____

Descrever sucintamente suas atividades profissionais:

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 nº _____ UF: _____ Categoria: _____
Data de Inscrição: ____/____/____ Data de Cancelamento: ____/____/____
CRMV nº _____ 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 - OBSERVAÇÕES:

FUNC. RESPONSÁVEL: _____ Local: _____

ASSINATURA: _____ Data: ____/____/____

8 - Da Secretaria Geral:

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

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO: