



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA
DO DISTRITO FEDERAL

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA

Inscrição nº: _____ Categoria: _____

Conselho Regional de
Medicina Veterinária do DF

Folha _____ Nº do Processo _____

Rubrica _____

Senhor(a) 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: _____
 Órgão: _____ 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: