|  |  |
| --- | --- |
| Dados Iniciais (Uso do CRMV-AC)  Data de Inscrição: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Inscrição Nº. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Categoria  ( )VP ( )VS ( )ZP ( )ZS |

Senhora Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Acre- CRMV-AC,A fim de exercer a profissão neste Estado, requer a:  Inscrição,  Inscrição Secundária, Transferência,  Reativação.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1) DADOS PESSOAIS** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome Completo | | | | | | | | | | | Sexo  Masculino  Feminino | | | | | |
| Data de Nascimento | Naturalidade/UF | | | | | Nacionalidade | | | | | | Estado Civil | | | | |
| Documento de Identidade | | Órgão Emissor | Data de Expedição | CPF | | | | | | Titulo de Eleitor | | | | | Militar | |
| Formação Profissional  Médico Veterinário Zootecnista | | | | Grupo Sangüíneo | | | | Certificado de Reservista | | | | | | Faixa Salarial | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Filiação (Pai) | | | | | Filiação (Mãe) | | | | | | | | | | | |
| **2) ENDEREÇO RESIDENCIAL** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço (Rua, Número, Apto, Complemento, Caixa Postal) | | | | | | | | | Bairro | | | | | | | |
| Município/UF | | | | | | | | | CEP | | | | | | | |
| E-mail | | | | | | | Telefone (com DDD) | | | | | | Celular (com DDD) | | |
| **3) ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço (Rua, Número, Sala, Complemento, Caixa Postal) | | | | | | | | | Bairro | | | | | | | |
| Município/UF | | | | | | | CEP | | | | | | Telefone Comercial (com DDD) | | |
| **4) FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Universidade | | | | | | | | | Data de Colação de Grau | | | | | | | |
| Faculdade/Escola | | | | | | | Curso | | | | | | | | |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Data | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Assinatura do Profissional** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5) ATIVIDADE PROFISSIONAL** | | | |
| Empresa | Município/UF | | |
| Ramo de Atividade | | Carga Horária Semanal | Data de Admissão |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6) INSCRIÇÃO EM OUTRO CRMV** | | | | | | | | |
| CRMV Nº | UF | | Categoria | | Data de Inscrição | Data de Cancelamento | |
| CRMV Nº | UF | | Categoria | | Data de Inscrição | Data de Cancelamento | |
| **7) APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL** | | | | | | | |
| Nível | | Instituição/Entidade | | Área | | | Data de Conclusão |
| Nível | | Instituição/Entidade | | Área | | | Data de Conclusão |
| Nível | | Instituição/Entidade | | Área | | | Data de Conclusão |
| Nível | | Instituição/Entidade | | Área | | | Data de Conclusão |
| Nível | | Instituição/Entidade | | Área | | | Data de Conclusão |
|  | | | | | | | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Assinatura do Profissional** | | |
| **8) DA SESSÃO PLENÁRIA (Uso do CRMV-AC)** | | | | |
| Data da Aprovação da Inscrição | Reunião Plenária | | Carimbo e Assinatura | |
| **9) OBSERVAÇÕES** | | | | |
| Carimbo do Funcionário Responsável e Assinatura | | | | Local e data |