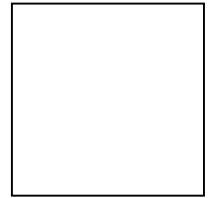




SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA
DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL



Data de Cadastro: ___/___/___

Cadastro nº: _____

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Rio Grande do Sul.

Auxiliar de Veterinário vem à presença de Vossa Senhoria requerer cadastro a fim de exercer a atividade neste Estado.

1) DADOS PESSOAIS

Nome completo: _____

Nascimento: ___/___/___ Sexo: Masculino [] Feminino []

Naturalidade: _____ UF: _____ Nacionalidade: _____

Endereço residencial: _____ nº: _____

Apto: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Telefone: () _____ Celular: () _____

Email: _____

Filiação: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Estado Civil: _____

2) DOCUMENTOS E INFORMAÇÕES PESSOAIS

Carteira de Identidade nº: _____

Órgão/Entidade Emissor(a): _____ Emissão: ___/___/___

CPF/MF: _____

Grupo sanguíneo: _____ Rh: _____

3) FORMAÇÃO

Instituição credenciada: _____

Número de cadastro da instituição no CRMV: _____ Data de Conclusão: ___/___/___

Responsável Técnico: _____ CRMV-RS nº: _____

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

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

4) DA SECRETARIA GERAL

Data da aprovação do cadastro: ___/___/___ _____ Sessão Plenária

5) OBSERVAÇÕES:

Funcionário responsável: _____

Cargo: _____ Local: _____

Assinatura: _____ Data: ___/___/___