



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



REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA

Data de Inscrição: ____/____/____
Inscrição n.º _____ Categoria: _____

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do estado RIO GRANDE DO SUL,

() Médico Veterinário () Zootecnista, vem à presença de Vossa Senhoria requer:
() Inscrição () Inscrição Secundária () Transferência, a fim de exercer a profissão neste Estado.

DADOS PESSOAIS:

Nome completo: _____
Formação Profissional: Médico Veterinário [] Zootecnista []
Nascimento: ____/____/____ Sexo: Masculino [] Feminino []
Naturalidade: _____ UF: _____ Nacionalidade: _____
End.Res: Rua/Av _____
Nº _____ Aptº _____ Complemento _____ Bairro _____
Município _____ UF _____ CEP _____
Telefone: () _____ Fax: () _____ Celular () _____
E-mail: _____
Filiação: Pai _____
Mãe: _____
Estado Civil: _____ Veterinário Militar []

DOCUMENTAÇÃO:

RG nº _____ SSP: _____ Emissão: ____/____/____
CPF: _____ Grupo Sangüíneo: _____ Fator RH _____
Título Eleitor: _____ Zona: _____ Seção: _____ Data: ____/____/____
Município: _____ UF: _____
Certificado Militar: _____ Série: _____ Cat: _____ RM: _____

FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA:

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

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 [] +12s.m []

INSCRIÇÃO EM OUTRO CRMV:

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

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

APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL:

Aperfeiçoamento [] _____
Especialização [] _____
Mestrado [] _____
Doutorado [] _____
Pós-Graduação [] _____
Outros [] _____

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

Assinatura: _____ Data: ____/____/____ .

DA SECRETARIA GERAL

Data da Aprovação da Inscrição: ____/____/____
Sessão Plenária nº: _____

OBSERVAÇÕES

FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL: _____
CARGO: _____
ASSINATURA: _____

LOCAL: _____, **DE** _____ **DE** _____.