

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
VETERINÁRIA DO ESTADO DO TOCANTINS

LEI FEDERAL Nº. 5.517/1968 | LEI FEDERAL Nº. 6.839/1980
RESOLUÇÃO CFMV Nº. 683/2001 | RESOLUÇÃO CFMV Nº. 1468/2022

PROTOCOLO:			
DATA:			

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO PROFISSIONAL

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Tocantins, venho à presença de Vossa Senhoria requerer o cancelamento da minha inscrição junto a este CRMV-TO, pelo motivo a seguir:

--

1 - DADOS DO PROFISSIONAL

Nome do Profissional		Número CRMV-TO	Formação Profissional	
			Med. Veterinária	Zootecnia
Endereço Residencial (Rua n.º Caixa Postal)		Bairro		
Município/UF	Cep	DDD e Telefone	DDD e Celular	
E-mail		CPF		
Estado Civil		RG		

Estou ciente que, conforme a Resolução CFMV Nº. 1468/2022: "A anuidade é devida inclusive no exercício em que se requerer o cancelamento. Em nenhuma hipótese será devolvida anuidade".

Declaro, ainda, que não exerço e não exercerei as atividades profissionais durante o período de cancelamento, sob as penas da Lei, comprometendo-me a solicitar o reingresso, caso volte a exercer minha profissão no Estado do Tocantins.

Por ser verdade as informações acima, firmo o presente.

Local e data:

Assinatura do Profissional