



Serviço Público Federal
Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Amapá
CRMV-AP

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO PF

1. DADOS DO PROFISSIONAL

CPF:	Nº DE INSCRIÇÃO:	E-mail:
<input type="checkbox"/> Médico Veterinário <input type="checkbox"/> Zootecnista		
Nome Completo		
Endereço Residencial (Rua/Av, nº ,Caixa postal)		Bairro:
Município/UF	Cep	DDD e telefone ()
Endereço para correspondência(Rua/Av., nº ,Caixa postal)		Bairro:
Município/UF	Cep	DDD e telefone ()
Motivos (OBRIGATÓRIO)		
Venho à presença de Vossa senhoria requerer o cancelamento da minha inscrição nesse CRMV- AP, pelos motivos a seguir, conforme os artigos 18 a 21, da Resolução CFMV nº 1475/2023:		
I-Motivos:		

Anexos (marcar):

Cédula de Identidade Profissional

Certidão de Registro de ocorrência policial (No caso de extravio/roubo/furto da cédula de identidade profissional)



Serviço Público Federal
Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Amapá
CRMV-AP

Declaro que não exerço e não exercerei as atividades profissionais durante o período que estiver com a inscrição cancelada, sob as penas da Lei.

Estou ciente que, conforme a Resolução CFMV nº 1475/2023, em seu Art. 21 “A anuidade é devida integralmente inclusive no exercício em que for requerido o cancelamento”.

Tenho conhecimento que para o exercício da Medicina Veterinária e da Zootecnia no território nacional, o profissional é obrigado a se inscrever no Conselho Regional de Medicina Veterinária cuja jurisdição estiver sujeito, comprometendo-me a solicitar o reingresso.

Carimbo e Assinatura