|  |  |
| --- | --- |
| 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 |