



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA
CRMV-RJ

FORMULÁRIO DE CREDENCIAMENTO DE CURSO DE AUXILIAR DE VETERINÁRIO

DADOS DA EMPRESA	RAZÃO SOCIAL	TIPO DE EMPRESA [] Matriz [] Filial		
NOME FANTASIA				
CNPJ/CPF	E-MAIL			
ENDEREÇO			BAIRRO	
MUNICÍPIO/UF	CEP:	DDD E TELEFONE		
ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA (do sócio proprietário) (Rua n.º Caixa Postal)			BAIRRO	
MUNICÍPIO/UF	CEP:	DDD E TELEFONE		
NOME DOS SÓCIOS		CPF DOS SÓCIOS	E-MAIL DOS SÓCIOS	
MODALIDADE DE ENSINO [] PRESENCIAL(OBRIGATÓRIO)	CARGA HORÁRIA TEÓRICA	CARGA HORÁRIA DE TREINAM. PRÁTICO	QUANT. DE VAGAS POR TURMA	DATA DE INÍCIO DA PRIMEIRA TURMA ____/____/____

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Rio de Janeiro, eu, cima qualificado, venho à presença de Vossa Senhoria, **requerer o credenciamento do curso de auxiliar de veterinário** neste CRMV-RJ, conforme disposto nas Resoluções CFMV Nº 1281, de 25/07/2019 e 1297, de 27/11/2019.

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, estando ciente de que a falsidade nas mesmas implicará nas penalidades cabíveis.

Declaro, ainda, estar anexando a este requerimento a seguinte documentação, de acordo com o Art. 5º da res CFMV Nº 1281/2019:

- 1) Relação sucinta dos tópicos que serão ensinados;
- 2) Conteúdo programático, com respectivo detalhamento;
- 3) Locais em que serão ofertados os cursos;
- 4) Informações sobre a estrutura física da entidade e dos locais de oferta dos cursos;
- 5) Nome e qualificação dos instrutores.

Pede deferimento.

Local/Data

Assinatura do Proprietário

Assinatura do Responsável Técnico