



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA
CRMV-RJ

FORMULÁRIO DE CREDENCIAMENTO DE CURSO DE AUXILIAR VETERINÁRIO

| | | | | |
|--|-----------------------|--|-------------------------------|--|
| DADOS DA EMPRESA | RAZÃO SOCIAL | TIPO DE EMPRESA [] Matriz [] Filial | | |
| | 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 treinamento prático | Quantidade de Vagas por Turma | Data de início da primeira Turma / / |

Venho à presença de Vossa Senhoria, **requerer o credenciamento do curso de auxiliar veterinário**, conforme o disposto na Resolução CFMV nº 1281/2019.

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 o 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 Sócio Proprietário

Rua da Alfândega, nº 91 – 14º andar - Centro – CEP 20-070-003 – Rio de Janeiro – RJ – Tel:(21) 2576-7281

crmvrj@crmvrj.org.br – <http://www.crmvrj.org.br>