



## **REQUERIMENTO - CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO PESSOA FÍSICA**

<b>DADOS DO (A) PROFISSIONAL</b>	Nome Completo:		Classe: <input type="checkbox"/> Médico Veterinário <input type="checkbox"/> Zootecnista
Número de Inscrição no CRMV-RJ	CPF:	E-mail:	
Endereço:		Bairro:	
Município/UF:	CEP:	DDD e Telefone:	
<b>Endereço Para Correspondência é o mesmo? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO – Se não, preencher o campo abaixo:</b>			
Endereço de Correspondência (Rua n.º Caixa Postal):		Bairro:	
Município/UF:	CEP:	DDD e Telefone:	

Venho à presença de Vossa Senhoria, requerer o **cancelamento de inscrição** neste CRMV-RJ, pelo(s) motivo(s) a seguir, conforme os artigos 18 a 22, da Resolução CFMV nº 1475/2022, abaixo:

Motivos: \_\_\_\_\_

I - Declaro que não possuo contratos válidos de responsabilidade técnica em meu nome.

II - Estou ciente que, conforme a Resolução CFMV Nº. 1.475 de 16 de setembro de 2022, em seu artigo Art. 21. A anuidade é devida integralmente inclusive no exercício em que for requerido o cancelamento.

III - Declaro, ainda, para os devidos fins de direito, que não exercerei quaisquer atividades inerentes à profissão durante o período em que minha inscrição estiver cancelada, sob as penas da Lei, inclusive as listadas abaixo:

- Magistério, em qualquer nível ou outras atividades, para as quais se valer do título profissional, para ocupar o cargo, função ou emprego, mesmo que não seja privativo da Medicina Veterinária e da Zootecnia, de acordo com as Leis nºs 5.517/68 e 5.550/68, respectivamente:

- Atividade em propriedade rural própria do médico veterinário ou do zootecnista, mesmo que exclusivamente:

- Curso de pós-graduação, em qualquer nível:

- Atividades que exijam a formação em Medicina Veterinária e/ou em Zootecnia

IV - Estou igualmente ciente de que, caso retorno à atividade, comunicarei esta condição ao CRMV, ocasião em que minha inscrição será reativada, e estarei sujeito(a) às obrigações previstas na legislação vigente;

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade.

Assinatura do (a) Profissional:	Local e Data:
<hr/> <hr/>	<hr/> , ___ / ___ / ___ .