

REQUERIMENTO PARA CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

MÉDICO-VETERINÁRIO ()

ZOOTECNISTA ()

EU _____ CRMV/RS _____

Residente à Rua/Av. _____

Cidade: _____ CEP: _____

UF: _____, FONE: () _____ CELULAR : () _____

EMAIL: _____

REQUEIRO o cancelamento de minha inscrição, pelos motivos a seguir indicados:

DECLARO, sob penas da Lei, que não exerço e nem exercerei qualquer atividade rotineira ou esporádica peculiar à () Medicina Veterinária () Zootecnia, durante o período do cancelamento, comprometendo-me a solicitar o reingresso caso retorne à profissão.

_____, ____/____/____.
Assinatura e CRMV/RS Local Data

ATENÇÃO ANEXAR:

Cédula de identidade do CRMV/RS. No caso de extravio, deverá anexar a certidão de registro de ocorrência policial.

OBSERVAÇÃO: De acordo com a Resolução do CFMV nº 1041/2013, artigo 17: “A anuidade é devida inclusive no exercício em que se requer, sendo devidos os seguintes valores:

I - Se requerido até 31 de maio, serão devidos apenas os duodécimos da anuidade relativa ao período vencido; ...

III – Se requerido após 1º de junho, integralmente.”

Conforme Resolução do CFMV nº 1041/2013, artigo 3º, item II, caracteriza o exercício da Medicina Veterinária e da Zootecnia, entre outros: “a atividade em propriedade rural própria do médico veterinário ou do zootecnista, mesmo que exclusivamente.”