|  |
| --- |
| Venho por meio deste requerer inscrição de: ( ) Médico Veterinário ou ( ) ZootecnistaQual tipo (marque um dos campos abaixo):( ) Primeira inscrição - Possui: ( ) Diploma ou ( ) Certificado de conclusão de curso( ) Inscrição secundária - nº CRMV-UF de origem:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ) Transferência – nº CRMV-UF de origem:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ) Reativação**1) DADOS PESSOAIS:**Nome Completo:Nome Social:Data de Nascimento: / / Sexo: ( ) Masculino ( ) FemininoNatural de:Endereço: Nº: Complemento: Bairro:Município: Estado: CEP:Endereço de correspondência é o mesmo do residencial: ( ) sim ( ) não. Se não, informar endereço: Nº: Complemento: Bairro:Município: Estado: CEP:Telefone: ( ) Celular: ( ) e-mail:Filiação: Pai: Mãe:Estado Civil: Veterinário Militar: ( ) SIM ( ) NÃO**2) DOCUMENTAÇÃO:**RG n.º Org. Exp. Emissão: / /CPF: Grupo Sanguíneo: Tipo: RHTítulo de Eleitor nº: Zona: Seção:Data: / /Cert. Militar (RA):**3) FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA:** Instituição de Ensino:Data de Conclusão de curso: / / Curso:**4) INSCRIÇÃO EM OUTROS CRMVs (caso houver):**CRMV nº UF:CRMV nº UF:**5)** **LOCAL DE RETIRADA DA CÉDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL:**( ) Araçatuba ( ) Botucatu ( ) Campinas ( ) Marília( ) Presidente Prudente ( ) Ribeirão Preto ( ) Santos ( ) São José do Rio Preto( ) Sede CRMV-SP ( ) Sorocaba ( ) TaubatéDeclaro sob as penas da lei que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade.Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ |