|  |
| --- |
| Venho por meio deste requerer inscrição de: ( ) Médico Veterinário ou ( ) Zootecnista  Qual 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 ( ) Feminino  Natural 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: RH  Título 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 ( ) Taubaté  Declaro sob as penas da lei que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade.  Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ |