REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO

Senhor Presidente do CRMV-AL,

Eu,

,

inscrito neste CRMV-AL sob nº , ( ) Médico Veterinário ( ) Zootecnista, residente à

(Colocar o endereço completo, com Rua / Av: Cidade, UF e CEP).

Venho requerer o CANCELAMENTO de minha inscrição, nos termos de artigo 16 da Resolução CFMV nº 680, de 15 de dezembro de 2000, pelos seguintes motivos :

Declaro ainda e sob as penas da Lei, que não exerço e não exercerei as atividades profissionais, privativas de ( ) Médico-veterinário / ( )Zootecnista durante o período de cancelamento, devolvendo a Carteira de Identidade Profissional que me foi fornecida por este CRMV-AL.
(Caso a Carteira de Identidade tenha sido extraviada, anexar cópia do Boletim de Ocorrência ou declaração de próprio punho relatando o extravio.)

_____, _____ de _____de 20__.
(Cidade)

_____ Telefone: ( ) _____
(Assinatura)

Observações: Preencher de forma legível.