SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA

VETERINÁRIA DO ESTADO DE GOIÁS

**REQUERIMENTO DE**

**CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO DE**

**CONSULTÓRIO NO CPF**

DADOS DO ESTABELECIMENTO

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | CPF |  | Nº Inscrição CRMV-GO |  E-mail |
|  |       |  |       |  |       |
|  | Nome do proprietário |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |       |
|  |  Nome fantasia      |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Preenchimento obrigatório |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  | Senhor Presidente, Venho à presença de Vossa Senhoria requerer o cancelamento de registro no CRMV-GO do consultório registrado em meu CPF no endereço informado acima, pelo(s) motivo(s) a seguir: |
| I – Motivos:       |

[ ]  Autorizo que a comunicação do processo seja feita por e-mail.

[ ]  Não autorizo que a comunicação do processo seja feita por e-mail. Encaminhar resposta via correios no endereço:      , CEP:      , Município:      , Estado:      .

[x]  Estou ciente de que o tratamento dos meus dados pessoais pelo CRMV-GO é condição indispensável para a prestação de serviços pelo órgão ou para o exercício dos meus direitos (Lei 13.709/2018 artigo 9° §3°). Os direitos do titular estão elencados no capítulo III artigo 17 e 18 da Lei 13.709/2018.

Nesses termos, peço o deferimento.

Em:   /  /

Assinatura do proprietário

CPF: