SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA

VETERINÁRIA DO ESTADO DE GOIÁS

**REQUERIMENTO DE**

**CANCELAMENTO POR MOTIVO DE ÓBITO**

DADOS DO REQUERENTE

Nome Completo:

e-mail:

Parentesco com o profissional:

[ ]  Autorizo a comunicação do processo pelo e-mail

[ ]  Não autorizo comunicação do processo por e-mail. Encaminhar via correios no endereço:      , Bairro:      , Município:      , Estado (sigla):   , CEP:      .

Senhor Presidente,

Venho à presença de Vossa Senhoria requerer o cancelamento da inscrição do profissional      , CPF nº       por motivo de falecimento.

Anexos:

[ ]  Cópia da Certidão de Óbito

[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.

Em:   /  /

Assinatura