SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA

DO ESTADO DE GOIÁS

**REQUERIMENTO DE 2ª VIA DE CARTEIRA PROFISSIONAL**

**DADOS DO PROFISSIONAL**

Nome Completo:

Profissão: Médico Veterinário [ ]  ou Zootecnista [ ]

CPF:

Tendo em vista a apresentação dos documentos anexados, solicito a segunda via da carteira profissional neste CRMV.

 Motivação do pedido:

[ ]  Alteração de dados. Qual:

 [ ]  Perda/extravio/furto

 [ ]  Danificada

Anexos:

 [ ]  Carteira danificada

 [ ]  Boletim de ocorrência

[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.

Data:   /  /

Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF:

**DE USO DO CONSELHO:**

Vencimento do Boleto:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº de série da carteira: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Retirada da carteira:

Em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_