

PROTOCOLO:			
DATA:			

DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL E ATUALIZAÇÃO CADASTRAL - DAP

1 - DADOS DO PROFISSIONAL

Nome do Profissional		Número CRMV-	Formação Profissional [] Med. Veterinária [] Zootecnia
Endereço Residencial (Rua n.º Caixa Postal)		Bairro	
Município/UF	Cep	DDD e Telefone	DDD e Celular
E-mail		CPF	
Endereço de Correspondência (Rua n.º Caixa Postal) () igual acima		Bairro	
Município/UF	Cep	DDD e Telefone	DDD e Celular

EMPRESA/INSTITUIÇÃO EM QUE ATUA COMO EMPREGADO (A)

Preencher com as atividades profissionais em que atua como empregado(a), **QUE NÃO SEJA ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA**. A solicitação de Responsabilidade Técnica estará condicionada a esta Declaração. A omissão de informações ou o repasse de informações enganosas sujeitará o profissional às penalidades éticas previstas. Os dados informados serão utilizados também para atualização de cadastro.

2 - DADOS EMPRESA/INSTITUIÇÃO(S)

Informe o nome da empresa/instituição a qual possui vínculo:	Cidade	Carga Horária
Informe o nome da empresa/instituição a qual possui vínculo:	Cidade	Carga Horária
Informe o nome da empresa/instituição a qual possui vínculo:	Cidade	Carga Horária

Declaro para os devidos fins que () **NÃO POSSUO** () **POSSUO**, vínculo empregatício com o órgão:
() **FEDERAL** () **ESTADUAL** () **MUNICIPAL** () **EMP. PRIVADA**

Declaro estar ciente de minhas obrigações junto ao CRMV-RR, bem como das normas para o exercício da responsabilidade técnica.

ASSINATURAS

Data

Assinatura

Enviar 1 (UMA) via assinada.

CRMV-RR

Rua Adolfo Brasil, 370 – São Francisco – 69.305-020 – Boa Vista – Roraima
www.cfmv.org.br/crmvrr.htu - Tel.: (095) 3224-5103 – crm.rr@gmail.com