

DECLARAÇÃO

Eu, _____,
Portador(a) do RG nº _____ Órgão Emissor: _____,
CPF Nº _____, () Médico(a) Veterinário(a), () Zootecnista,
inscrito(a) no CRMV/PB sob nº _____, venho perante este Conselho
Regional de Medicina Veterinária do Estado da Paraíba, declarar para os
devidos fins que se fizer necessário, que sob penas da Lei não exerço e não
exercerei as atividades profissionais inerentes à () Medicina Veterinária,
() Zootecnia, durante o período em que minha inscrição nesse Conselho estiver
cancelada, como também, estou ciente de que, caso retorne à atividade
comunicarei ao CRMV-PB.

_____, ____ de _____ de 20____

Assinatura