



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE AGRICULTURA,
ABASTECIMENTO E DESENVOLVIMENTO RURAL
SDA/DISAF/GESAN
Coordenação de Controle e Erradicação da Brucelose e da Tuberculose

**CADASTRO DE AUXILIAR DE MÉDICO VETERINÁRIO
RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA VACINAÇÃO CONTRA BRUCELOSE**

NOME :

ENDEREÇO:

.....

MUNICÍPIO : ESTADO:

TELEFONE: () CELULAR: ()

CPF: R.G.: Org. Exp.:

Localidades de atuação para vacinação (onde mais atua):

.....

.....

.....

OBS.: A presente solicitação de cadastro de auxiliar de médico veterinário para atuar junto ao Programa Nacional de Controle e Erradicação da Brucelose e Tuberculose Animal, como vacinador, implica afirmar que o mesmo tem conhecimento das normas vigentes do programa e foi treinado pelo médico veterinário solicitante estando apto a desenvolver as ações inerentes.

MÉDICO VETERINÁRIO SOLICITANTE:

NOME:

CRMV-DF N°: (Deve ser arquivada uma cópia da carteira)

N° DO CADASTRO NO SERVIÇO OFICIAL DE DEFESA:

BRASÍLIA/DF, de de 20.....

.....

Assinatura do Auxiliar Técnico

.....

Assinatura do Médico Veterinário