

COLEGIO DE INGENIEROS AGRÓNOMOS  
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

Ley N° 10.780



**CERTIFICADO DE HABILITACIÓN PROFESIONAL DE  
ASESOR POST COSECHA**

N° \_\_\_\_\_

El Colegio de Ingenieros Agrónomos de la Provincia de Santa Fe, en cumplimiento del artículo 1° del Convenio M.A.G.I.C. Colegio de Ingenieros Agrónomos y las disposiciones establecidas por ley 11.273 y normas reglamentarias CERTIFICA:

- a) Que el Ingeniero Agrónomo ..... Mat.  
N° ..... se encuentra habilitado para el ejercicio profesional del período .....
- b) Que el citado Profesional declara bajo juramento: Que se desempeñará como Asesor Post Cosecha de la empresa .....  
domiciliada en calle ..... N° ....., de la localidad de .....  
....., C.P. ...., Tel/Fax: .....
- c) Ultimo Curso Reconocido sobre TERAPEUTICA VEGETAL según exigencias Art. 23 inc.  
e) Ley 11.273: Nombre del Curso: .....  
..... Fecha: .....

ORIGINAL: SANIDAD VEGETAL

**Datos Complementarios**

CUIT N° .....  
Caja de Jubilación y N° .....  
.....

Situación ante IVA:  Resp. Inscripto  
 Resp. No Inscripto  
 Monotributista

Dirección de Correo Electrónico .....

OBSERVACIONES: .....  
.....

COMO ASESOR POST COSECHA DE LA EMPRESA ESTA OBLIGADO A PRESENTAR LA PLANILLA DE PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE PRODUCTOS FITOSANITARIOS. ADEMÁS DEBERÁ COMUNICAR DENTRO DE LOS 30 DÍAS CORRIDOS EL CESE DE SUS FUNCIONES, AL COLEGIO DE INGENIEROS AGRÓNOMOS Y A LA DIRECCIÓN GRAL. DE SANIDAD VEGETAL.

..... de ..... de .....

.....  
Firma y Sello del Profesional

.....  
Firma y Sello Autorizada del Colegio de Ing. Agrónomos

COLEGIO DE INGENIEROS AGRÓNOMOS  
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

Ley N° 10.780



**CERTIFICADO DE HABILITACIÓN PROFESIONAL DE  
ASESOR POST COSECHA**

N° \_\_\_\_\_

El Colegio de Ingenieros Agrónomos de la Provincia de Santa Fe, en cumplimiento del artículo 1° del Convenio M.A.G.I.C. Colegio de Ingenieros Agrónomos y las disposiciones establecidas por ley 11.273 y normas reglamentarias CERTIFICA:

- a) Que el Ingeniero Agrónomo ..... Mat.  
N° ..... se encuentra habilitado para el ejercicio profesional del período .....
- b) Que el citado Profesional declara bajo juramento: Que se desempeñará como Asesor Post Cosecha de la empresa .....  
domiciliada en calle ..... N° ....., de la localidad de .....  
....., C.P. ...., Tel/Fax: .....
- c) Ultimo Curso Reconocido sobre TERAPEUTICA VEGETAL según exigencias Art. 23 inc.  
e) Ley 11.273: Nombre del Curso: .....  
..... Fecha: .....

DUPLICADO: COLEGIO ING. AGRÓNOMOS

**Datos Complementarios**

CUIT N° .....  
Caja de Jubilación y N° .....  
.....

Situación ante IVA:  Resp. Inscripto  
 Resp. No Inscripto  
 Monotributista

Dirección de Correo Electrónico .....

OBSERVACIONES: .....  
.....

COMO ASESOR POST COSECHA DE LA EMPRESA ESTA OBLIGADO A PRESENTAR LA PLANILLA DE PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE PRODUCTOS FITOSANITARIOS. ADEMÁS DEBERÁ COMUNICAR DENTRO DE LOS 30 DÍAS CORRIDOS EL CESE DE SUS FUNCIONES, AL COLEGIO DE INGENIEROS AGRÓNOMOS Y A LA DIRECCIÓN GRAL. DE SANIDAD VEGETAL.

..... de ..... de .....

.....  
Firma y Sello del Profesional

.....  
Firma y Sello Autorizada del Colegio de Ing. Agrónomos

COLEGIO DE INGENIEROS AGRÓNOMOS  
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

Ley N° 10.780



**CERTIFICADO DE HABILITACIÓN PROFESIONAL DE  
ASESOR POST COSECHA**

N° \_\_\_\_\_

El Colegio de Ingenieros Agrónomos de la Provincia de Santa Fe, en cumplimiento del artículo 1° del Convenio M.A.G.I.C. Colegio de Ingenieros Agrónomos y las disposiciones establecidas por ley 11.273 y normas reglamentarias CERTIFICA:

- a) Que el Ingeniero Agrónomo ..... Mat.  
N° ..... se encuentra habilitado para el ejercicio profesional del período .....
- b) Que el citado Profesional declara bajo juramento: Que se desempeñará como Asesor Post Cosecha de la empresa .....  
domiciliada en calle ..... N° ....., de la localidad de .....  
....., C.P. ...., Tel/Fax: .....
- c) Ultimo Curso Reconocido sobre TERAPEUTICA VEGETAL según exigencias Art. 23 inc.  
e) Ley 11.273: Nombre del Curso: .....  
..... Fecha: .....

TRIPPLICADO: ASESOR POSTCOSECHA

**Datos Complementarios**

CUIT N° .....  
Caja de Jubilación y N° .....  
.....

Situación ante IVA:  Resp. Inscripto  
 Resp. No Inscripto  
 Monotributista

Dirección de Correo Electrónico .....

OBSERVACIONES: .....  
.....

COMO ASESOR POST COSECHA DE LA EMPRESA ESTA OBLIGADO A PRESENTAR LA PLANILLA DE PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE PRODUCTOS FITOSANITARIOS. ADEMÁS DEBERÁ COMUNICAR DENTRO DE LOS 30 DÍAS CORRIDOS EL CESE DE SUS FUNCIONES, AL COLEGIO DE INGENIEROS AGRÓNOMOS Y A LA DIRECCIÓN GRAL. DE SANIDAD VEGETAL.

..... de ..... de .....

.....  
Firma y Sello del Profesional

.....  
Firma y Sello Autorizada del Colegio de Ing. Agrónomos