

COLEGIO DE INGENIEROS AGRÓNOMOS  
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

Ley Nº 10.780



**CERTIFICADO DE HABILITACIÓN PROFESIONAL DE  
ASESOR TÉCNICO**

Nº \_\_\_\_\_

El Colegio de Ingenieros Agrónomos de la Provincia de Santa Fe, en cumplimiento del artículo 1º 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. Nº....., domiciliado en calle ..... Nº  
....., de la localidad de ....., C.P. ...., Tel/Fax:  
....., se encuentra habilitado para el ejercicio profesional en el  
período .....

b) Que el citado Profesional declara bajo juramento que se desempeñará como ASESOR TECNICO PARTICULAR.

c) Ultimo Curso Reconocido sobre TERAPEUTICA VEGETAL según exigencias Art. 23 inc. e) Ley 11.273: Nombre del Curso:.....  
..... Fecha: .....

**Datos Complementarios**

CUIT Nº .....  
Caja de Jubilación y Nº .....  
.....

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

Dirección de Correo Electrónico .....

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

COMO ASESOR TECNICO PARTICULAR, ESTA OBLIGADO A REALIZAR LAS RECOMENDACIONES PARA ADQUISICIÓN Y/O APLICACIÓN DE PRODUCTOS FITOSANITARIOS BAJO RECETA AGRONÓMICA. ADEMAS DEBERÁ COMUNICAR DENTRO DE LOS 30 DÍAS CORRIDOS EL CESE DE SUS FUNCIONES, AL COLEGIO DE INGENIEROS AGRÓNOMOS Y A LA DIRECCION GRAL. DE SANIDAD VEGETAL.

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

.....  
Firma y Sello del Profesional

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

ORIGINAL: SANIDAD VEGETAL

COLEGIO DE INGENIEROS AGRÓNOMOS  
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE  
Ley N° 10.780



**CERTIFICADO DE HABILITACIÓN PROFESIONAL  
DE ASESOR TÉCNICO**

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°....., domiciliado en calle ..... N°  
....., de la localidad de ....., C.P. ...., Tel/Fax:  
....., se encuentra habilitado para el ejercicio profesional en el  
período .....

b) Que el citado Profesional declara bajo juramento que se desempeñará como ASESOR TECNICO PARTICULAR.

c) Ultimo Curso Reconocido sobre TERAPEUTICA VEGETAL según exigencias Art. 23 inc. e) Ley 11.273: Nombre del Curso:.....  
..... Fecha: .....

**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 TECNICO PARTICULAR, ESTA OBLIGADO A REALIZAR LAS RECOMENDACIONES PARA ADQUISICIÓN Y/O APLICACIÓN DE PRODUCTOS FITOSANITARIOS BAJO RECETA AGRONÓMICA. ADEMÁS DEBERÁ COMUNICAR DENTRO DE LOS 30 DÍAS CORRIDOS EL CESE DE SUS FUNCIONES, AL COLEGIO DE INGENIEROS AGRÓNOMOS Y A LA DIRECCION GRAL. DE SANIDAD VEGETAL.

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

.....  
Firma y Sello del Profesional

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

DUPLICADO: COLEGIO ING. AGRÓNOMOS

COLEGIO DE INGENIEROS AGRÓNOMOS  
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

Ley N° 10.780



**CERTIFICADO DE HABILITACIÓN PROFESIONAL  
DE ASESOR TÉCNICO**

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°....., domiciliado en calle ..... N°
- b) ....., de la localidad de ....., C.P. ...., Tel/Fax:  
....., se encuentra habilitado para el ejercicio profesional en el  
período .....
- c) Que el citado Profesional declara bajo juramento que se desempeñará como ASESOR TECNICO PARTICULAR.
- d) Ultimo Curso Reconocido sobre TERAPEUTICA VEGETAL según exigencias Art.. 23 inc. e) Ley 11.273: Nombre del Curso:.....  
..... Fecha: .....

TRIPPLICADO: ASESOR TÉCNICO

**Datos Complementarios**

CUIT N° ..... Situación ante IVA:  Resp. Inscripto  
Caja de Jubilación y N° .....  Resp. No Inscripto  
.....  Monotributista

Dirección de Correo Electrónico .....

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

COMO ASESOR TECNICO PARTICULAR, ESTA OBLIGADO A REALIZAR LAS RECOMENDACIONES PARA ADQUISICIÓN Y/O APLICACIÓN DE PRODUCTOS FITOSANITARIOS BAJO RECETA AGRONÓMICA. ADEMÁS DEBERÁ COMUNICAR DENTRO DE LOS 30 DÍAS CORRIDOS EL CESE DE SUS FUNCIONES, AL COLEGIO DE INGENIEROS AGRÓNOMOS Y A LA DIRECCION GRAL. DE SANIDAD VEGETAL.

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

.....  
Firma y Sello del Profesional

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