

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: .....

ORIGINAL: SANIDAD VEGETAL

**Datos Complementarios**

CUIT N°.....

Caja de Jubilación y N° .....

.....

Situación ante IVA:  Resp. Inscripto

Resp. No Inscripto

Monotributista

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.

.....  
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 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

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.

.....  
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° ..... 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

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.

.....  
Firma y Sello del Profesional

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

TRIPPLICADO: ASESOR TÉCNICO