



GOBIERNO DE
SAN JUAN

MINISTERIO DE
**PRODUCCIÓN
Y DESARROLLO ECONÓMICO**

SECRETARÍA DE
**AGRICULTURA
GANADERÍA Y AGROINDUSTRIA**

Dirección de Sanidad Vegetal, Animal y Alimentos

Ley Provincial N° 551-L y Decreto Reglamentario N° 2343/97.
Registro de Operario Fitosanitario Calificado

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN – REINSCRIPCIÓN

Lugar y fecha.....

*El interesado.....con domicilio particular
en.....*

*N°.....Localidad.....Departamento.....Pro-
vincia.....Tel:.....y domi-
cilio laboralN°.....*

*Localidad.....Departamento.....Pro-
vincia.....Tel:.....*

Correo electrónico.....

*Solicita ser inscripto como Operador Fitosanitario Calificado en la empresa que presta servicio
de aplicación a terceros con nombre*

DATOS PERSONALES

Documento de identidad, DNI/LE/LC/CI N°:.....

Fecha de nacimiento:.....Lugar:.....

Título:.....

Habilitación Operador Fitosanitario N°

Categoría:.....

Habilitación de la empresa N°.....

Firma:.....Aclaración de firma.....