

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE PROFESIONALES PASIVOS
DECLARACION JURADA**

...../...../.....
Lugar Día Mes Año

Presidente
Colegio de Prof. de la Agronomía de E. Ríos
SU DESPACHO

La/el que suscribe DNI N°:, con
título de Matrícula N°

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley N° 8.801, Resol. N° 332/03 y reglamentación complementaria, solicito a usted y por su intermedio al Directorio, se me **cancele** la matrícula activa que poseo y se considere mi inscripción en el **Registro de Profesionales Pasivos**. A tal efecto, expreso la siguiente información que me es requerida, como así, presto mi conformidad y compromiso al pago anual correspondiente a la habilitación profesional que requiero.

Razón de la solicitud:
.....
.....
.....

■ Domicilio profesional (1):.....N°.....Dpto:.....
Piso:.....Localidad:.....CP:.....Tel/s:.....
Correo electrónico:.....

■ Domicilio real (1):.....N°.....Dpto:.....
Piso:.....Localidad:.....CP:.....Tel/s:.....
Correo electrónico:.....

(1) Indicar con una x el domicilio donde remitir correspondencia.

SI" o "NO Realizo ejercicio profesional.

"SI" o "NO ejerzo la docencia o investigación en relación de dependencia: Privada: Estatal:

Empleador:..... CUIL N°.....

De producirse alguna modificación en los datos consignados, comunicaré fehacientemente de ésta al COPAER.
Sin otro particular, saludo a Ud. muy atentamente.

.....
Firma del profesional