

SOLICITUD DE HABILITACIÓN DE LABORATORIOS DE DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES DE FRUTALES DE HOJA CADUCA DE VIVERO O SUS PARTES PERTENECIENTES AL GENERO *PRUNUS*.

1. PROPIETARIO

Nombre y Apellido o razón social.....

Domicilio CP..... Localidad Provincia.....

Teléfono Correo electrónico

2. LABORATORIO

Nombre del Laboratorio

Domicilio CP..... Localidad Provincia

Teléfono Correo electrónico

3. PROFESIONALES RESPONSABLES

Jefe o Director Técnico

(Adjuntar currículum vitae)

Nombre y Apellido LE/LC/DNI N°

Domicilio CP..... Localidad Provincia

Título profesional Expedido por

Matricula Profesional N°

Teléfono Correo electrónico

Reemplazante autorizado

(Adjuntar currículum vitae)

Nombre y Apellido LE/LC/DNI N°

Domicilio CP..... Localidad Provincia

Título profesional Expedido por

Matricula Profesional N°

Teléfono Correo electrónico

4. INSTALACIONES

Adjuntar plano o croquis en escala.

5. INSTRUMENTAL Y EQUIPOS

Agregar el detalle correspondiente de acuerdo a las normas de la presente Resolución.

CONSTANCIA DE HABILITACION MUNICIPAL

..... ; de de
(Lugar y Fecha)

.....
Firma del propietario o representante

.....
Firma del profesional responsable

.....
Firma del reemplazante autorizado

TERMINO DE COMPROMISO

Quien suscribe DNI

declaro asumir la entera responsabilidad técnica del Laboratorio de Análisis:

..... Nro. de Inscripción en el RNCyF:

Comprometiéndome a ejercer mi rol de Director Técnico y ejecutar las técnicas de análisis de acuerdo a lo estipulado en la **Resolución Nro. 226/04** y en cualquier directiva emanada por el INSTITUTO NACIONAL DE SEMILLAS. El presente término de compromiso expira en el momento en que la Dirección de Calidad del INSTITUTO NACIONAL DE SEMILLAS reciba la Carta de Anulación por mí firmada y/o por parte del Responsable de la Empresa.

..... ; de de
(Lugar y Fecha)

.....
(Sello y firma del Director Técnico)

LISTADO DE ANALISTAS

Nombre del Laboratorio:

Cantidad de Analistas autorizados para ejecutar las técnicas dentro del alcance de la habilitación:

Nombre	Capacitación recibida	Lugar y Fecha

Lugar:

Fecha:

.....
(Sello y firma del Director Técnico)

Nombre del Laboratorio:

DETALLE DEL EQUIPAMIENTO

Equipo	Marca	Modelo	Capacidad *	Identificación interna del Laboratorio	Observación

*de corresponder

..... ; de de
(Lugar y Fecha)

.....
(Sello y firma del Director Técnico)

DESIGNACIÓN DE REEMPLAZANTE AUTORIZADO

Quien suscribeDNI
en mi carácter de Director Técnico del Laboratorio de Análisis:
..... Nro. de Inscripción en el RNCyF:
designo como Reemplazante Autorizado a:
DNI:, declarando asumir la entera responsabilidad técnica por las tareas
desarrolladas en el ejercicio de sus funciones.

Se adjunta curriculum vitae actualizado del autorizado para su aprobación y fotocopia de DNI.

La presente designación expira en el momento en que la Dirección de Calidad del INSTITUTO NACIONAL DE SEMILLAS reciba la Carta de Anulación por mí firmada y/o por parte del Responsable de la Empresa o por la finalización del ejercicio de mis funciones como Director Técnico.

..... ; de de
(Lugar y Fecha)

.....
(Sello y firma del Reemplazante Autorizado)

.....
(Sello y firma del Director Técnico)