



# COLEGIO DE AGRÓNOMOS DE PUERTO RICO

PO Box 360005, San Juan, Puerto Rico 00936-0005

TELS.(787)753-7222 / 753-7231 . FAX: 753-7742

<http://www.colegiodeagronomos.com> // [www.colegiodeagronomos.org](http://www.colegiodeagronomos.org)

e-mail:info@colegiodeagronomos.com



## Formulario de Colegiación

Fecha \_\_\_\_\_

Agro. \_\_\_\_\_, Presidente

Colegio de Agrónomos de Puerto Rico

San Juan, Puerto Rico 00936

Estimado agrónomo:

Por la presente solicito ser admitido como miembro del Colegio de Agrónomos de Puerto Rico, afiliado al Distrito \_\_\_\_\_.

He leído la Ley que crea el COLEGIO Y EL REGLAMENTO que lo gobierna, su Código de Ética. Me comprometo a cumplir fielmente todo lo dispuesto en cada uno de ellos y aceptar con ello las responsabilidades inherentes a los profesionales de la agronomía en Puerto Rico.

A continuación someto la información personal requerida la que certifico que es fiel y exacta.

1. Nombre \_\_\_\_\_  
Primer Apellido      Segundo Apellido,      Nombre      (Inicial)

2. Dirección Residencial (*sea específico*):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Dirección Postal (*sólo si es distinta a la residencial*):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Correo Electrónico (use letra de molde) \_\_\_\_\_

7. Teléfonos:

Res. \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Firma

COLEGIO DE AGRÓNOMOS DE PUERTO RICO  
SAN JUAN, PUERTO RICO



HISTORIAL PERSONAL

1. Nombre: \_\_\_\_\_

2. Información Personal:

Seguro Social \_\_\_\_\_  
(Solo para ID confidencial)

Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Lugar \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_

Nombre cónyuge \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Tipo de Sangre \_\_\_\_\_ TEL. Emergencia \_\_\_\_\_

Condición Médica \_\_\_\_\_ Donante de Órganos: ( ) SI ( ) NO

3. Información Académica/Universitaria:

Título o Grado Académico

Dept. Académico

Nombre Institución Universitaria

Fecha de Graduación

<u>Título o Grado Académico</u>	<u>Dept. Académico</u>	<u>Nombre Institución Universitaria</u>	<u>Fecha de Graduación</u>

Concentración de Estudios \_\_\_\_\_

*(Principal especialidad de las Ciencias Agrícolas en que se graduó)*

4. Experiencia laboral/profesional: (Empezando por el último empleo)

Desde - Hasta

Puesto

Nombre de la Entidad (en que laboro o labora)

Desde - Hasta	Puesto	Nombre de la Entidad (en que laboro o labora)

6. Observaciones: (Publicaciones, otras entidades cívicas o profesionales a las que pertenece, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha

Firma

**NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO:**

Licencia de Agrónomo \_\_\_\_\_ Otorgada el día \_\_\_\_\_ Fecha de Expiración Inicial: \_\_\_\_\_

**Nota:**

Esta información es considerada de carácter confidencial. Será utilizada para uso exclusivo del CAPR y como mecanismo de corroboración para conceder servicios y/o privilegios al colegiado. Así también podrá ser utilizada en casos de incumplimiento con las disposiciones de Ley o negligencia únicamente relacionadas con la profesión. Esta solicitud será sometida al CAPR o a través de sus representantes autorizados y deberá estar acompañada del **importe de pago a nombre del Colegio de Agrónomos de Puerto Rico por el monto correspondiente, cuyo tope es de (\$125.00)** para el año en curso. Habiendo usted recibido por parte de la JECEAA (Departamento de Estado) copia de la certificación-preliminar de licencia, deberá cursar al CAPR copia de dicho documento, junto a este formulario debidamente cumplimentado. Es responsabilidad de todo colegiado mantener su información profesional al día en caso de cualquier cambio.

