



DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD

En los términos del Acuerdo por el que se establecen los requisitos y especificaciones para la aprobación de Órganos de Coadyuvancia en la evaluación de la conformidad de las disposiciones legales competencia de la Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural a través del Servicio Nacional de Sanidad Inocuidad y Calidad Agroalimentaria, publicado en el DOF el 30 de octubre 2014.

Tipo de Órgano y Razón Social, por conducto de mi Representante Legal nombre del representante, aspirante a la Aprobación/Autorización como Tipo de Figura de coadyuvancia en materia de nombre de la materia:

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD:

(PERSONA FÍSICA)

Manifiesto que no estudio posgrado de tiempo completo, ni laboro en el Gobierno Federal, Estatal, o Municipal, ni en Instituciones de Enseñanza e Investigación, Comités Estatales y/o Juntas Locales de Sanidad Vegetal.

(PERSONA MORAL)

Que mi representado y mi persona, no estudia posgrado de tiempo completo, ni labora en el Gobierno Federal, Estatal, o Municipal, ni en Instituciones de Enseñanza e Investigación, Comités Estatales y/o Juntas Locales de Sanidad Vegetal.

Lo anterior, para los fines legales procedentes, se firma la presente a los número días del nombre del mes de año.

FIRMA DE CONFORMIDAD

NOMBRE DEL ASPIRANTE / REPRESENTANTE LEGAL