SV-01

|  |  |
| --- | --- |
| **SAGAR** | **SECRETARIA DE AGRICULTURA, GANADERIA Y DESARROLLO RURAL****DELEGACION ESTATAL EN** |

|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE NORMA** |

|  |
| --- |
| **USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARIA** |
| **NUMERO DE INSCRIPCION: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_** |

**C.**

 **JEFE DEL CENTRO DE APOYO AL DESARROLLO RURAL.**

EN CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO EN LOS ARTICULOS 7 FRACCIONES XIII, XIX, Y XXI 19 FRACCION I INCISOS f, g, i Y l; Y 44 DE LA LEY FEDERAL DE SANIDAD VEGETAL Y A LA NORMA OFICIAL MEXICANA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRESENTAMOS SOLICITUD DE CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE NORMA DEL (LA)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CUYOS DATOS SE MENCIONAN A CONTINUACION.

|  |
| --- |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL:UBICACION:NOMBRE DEL PROPIETARIO:DIRECCION Y TELEFONO:ESPECIES Y VARIEDADES DEL PLATANO:ORIGEN:AREA, SUPERFICIE O CAPACIDAD:MEDIDAS FITOSANITARIAS APLICADAS: |
|  AUTORIZACION |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O ENCARGADO | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRE, CARGO, FIRMA Y SELLO |
|  |
| LUGAR Y FECHA |
| EL CROQUIS DE UBICACION AL REVERSO DE LA HOJA |

ORIGINAL INTERESADO C.C.P. JEFE DEL PROGRAMA DE SANIDAD VEGETAL SV-02

|  |  |
| --- | --- |
| **SAGAR** | **SECRETARIA DE AGRICULTURA, GANADERIA Y DESARROLLO RURAL****DELEGACION ESTATAL EN** |

|  |
| --- |
| **VERIFICACION Y CERTIFICACION DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA** |
| **No. FOLIO:** |  |

**C. JEFE DEL CENTRO DE APOYO AL DESARROLLO RURAL.**

EN CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO EN LOS ARTICULOS 7 FRACCIONES XIII, XIX, Y XXI; 19 FRACCION I INCISOS d, f, i, k y l; 44 y 50 fracc. I y 54 DE LA LEY FEDERAL DE SANIDAD VEGETAL Y A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-068-FITO-1999 POR LA QUE SE ESTABLECEN LAS MEDIDAS FITOSANITARIAS PARA COMBATIR EL MOKO DEL PLATANO Y PREVENIR SU DISEMINACION, Y A LA ORDEN O SOLICITUD DE CERTIFICACION O VERIFICACION No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE FECHA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EXPEDIDA POR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ INFORMO A USTED QUE SE HA VERIFICADO LA APLICACION DE LA NORMATIVIDAD FITOSANITARIA EN EL (LA) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |
| --- |
|  NOMBRE O RAZON SOCIAL  NUMERO DE INSCRIPCION: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |
|  UBICACION: |
|  PROPIETARIO: |
|  DOMICILIO: |
|  ESPECIES Y VARIEDADES: ORIGEN: |
|  AREA, SUPERFICIE O CAPACIDAD: |
|  PROBLEMAS FITOSANITARIOS DETECTADOS: |
|  MEDIDAS FITOSANITARIAS APLICADAS: |
|  POR LO ANTERIOR SE DICTAMINA QUE: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL OFICIAL O UNIDAD DE VERIFICACIONNUMERO Y VIGENCIA DE LA APROBACION O AUTORIZACION \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| LUGAR Y FECHA |

 C.C.P. JEFE DE PROGRAMA DE SANIDAD VEGETAL. PROPIETARIO

|  |
| --- |
| **ESTE CERTIFICADO DEBERA SER RENOVADO DE ACUERDO A LAS VISITAS DE VERIFICACION DE LA PRESENTE NORMA, Y DEBERA COLOCARSE EN UN LUGAR VISIBLE** |

SV-05

|  |  |
| --- | --- |
| **SAGAR** | **SECRETARIA DE AGRICULTURA, GANADERIA Y DESARROLLO RURAL****DELEGACION ESTATAL EN** |

|  |
| --- |
|  **TARJETA DE MANEJO INTEGRADO DEL MOKO DEL PLATANO** |

|  |
| --- |
| DENOMINADO (A): CON NUMERO DE INSCRIPCION \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ \_ |
| UBICACION: |
| PROPIEDAD DE: CON DOMICILIO EN: |
| ESPECIES Y VARIEDADES: SUPERFICIE O CAPACIDAD: |

**RESULTADOS DEL PROGRAMA FITOSANITARIO**

REPORTE MENSUAL DEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DE\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE 200\_\_\_\_

 **DETECCIONES Y MUESTREO:**

 SUPERFICIE MUESTREADA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HA.

 MUESTRAS ENVIADAS AL LABORATORIO DE PRUEBAS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | DIAGNOSTICO: POSITIVO |  |  | NEGATIVO |  |

PLANTAS INFECTADAS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SUPERFICIE AFECTADA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **ELIMINACION DE BROTES:**

 PLANTAS INFECTADAS ELIMINADAS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLANTAS SANAS ELIMINADAS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FORMA DE ELIMINACION: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLAGUICIDA Y DOSIS APLICADA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 DESTRUCCION DE HUERTOS ABANDONADOS O SEMIABANDONADOS:

 SUPERFICIE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_HA.

 No. DE PLANTAS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **REPLANTACION O PLANTACION:**

 USO DE PLANTA SANA PROVENIENTE DE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 TRATAMIENTO DE MATERIAL PROPAGATIVO Y CEPA CON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **DE LAS LABORES CULTURALES:**

 DESINFECCION DE HERRAMIENTAS CON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ELIMINACION DE MALEZA HOSPEDANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HA.

 ADECUACION DE DRENES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_M3

 DESHOJE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HA. DESHIJE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HA.

 OTRAS ACTIVIDADES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 CONTROL LEGAL:

 CUARENTENA ABSOLUTA A FOLLAJE, RIZOMAS E HIJUELOS: SI NO

 OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL FITOSANITARIO RESPONSABLE DE LA HUERTA O UNIDAD DE VERIFICACIONNUMERO Y VIGENCIA DE LA CEDULA DE APROBACION **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O ENCARGADO |