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 VERIFICACION  NUMERO 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 VERIFICACION  NUMERO Y VIGENCIA DE LA CEDULA DE APROBACION **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O ENCARGADO |