CF-01

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  **Subsecretaría de Agricultura y Ganadería****Comisión Nacional de Sanidad Agropecuaria****Dirección General de Sanidad Vegetal****Delegación Estatal en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |

**Cartilla Fitosanitaria de Plagas de la Papa**

Reporte de inspección del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ ( ) Días después de la siembra

|  |
| --- |
| Número de registro de aviso de inicio de las actividades de inspección y muestreo (Formato SV-01) del lote: Ubicación: Superficie (ha) Variedades Nombre del propietario **Problemas fitosanitarios detectados en el muestreo:***Globodera rostochiensis* ( ) *Meloidogyne chitwoodi* ( )*Ralstonia solanacearum* raza 3( ) Otras plagas cuarentenarias (especificar) ( )Especificar:  |
| Método de identificación de las plagas( ) Síntomas ( ) Signos ( ) Diagnóstico de laboratorioObservaciones      |
|  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Nombre y firma del aprobado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_No. de cédula de aprobación |

C.C.P. JEFE DE PROGRAMA DE SANIDAD VEGETAL C.C.P. DIRECCION GENERAL DE SANIDAD VEGETAL C.C.P. INTERESADO

SV-01

|  |
| --- |
| **AVISO DE INICIO**  |

|  |
| --- |
| USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARIA |
| NUMERO DE AVISO: / / / |

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

EN CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO EN LOS ARTICULOS 7 FRACCION XXI, 19, FRACCION I, INCISOS i, j, k y l, Y 44 DE LA LEY FEDERAL DE SANIDAD VEGETAL, A LA NORMA OFICIAL MEXICANA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Y EN VIRTUD DE ESTAR APLICANDO LAS MEDIDAS FITOSANITARIAS REQUERIDAS PARA UNA ZONA BAJO PROTECCION O ZONA LIBRE DE PLAGAS DE LA PAPA ESTAMOS PRESENTANDO EL AVISO DE INICIO DE LAS ACTIVIDADES DE INSPECCION Y MUESTREO DEL(OS) PREDIO(S), CUYOS DATOS SE MENCIONAN A CONTINUACION.

**NOMBRE O RAZON SOCIAL:**

**UBICACION:**

**NOMBRE DEL PROPIETARIO:**

**DIRECCION Y TELEFONO:**

**VARIEDADES:**

**AREA O SUPERFICIE:**

**FECHA DE SIEMBRA:**

**FECHA DE INICIO DE LAS ACTIVIDADES DE INSPECCION Y MUESTREO:**

**NUMERO DE INSPECCIONES Y MUESTREOS A REALIZAR DURANTE EL DESARROLLO DEL CULTIVO:**

**FECHA PROBABLE PARA LA TERMINACION DE LA COSECHA:**

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

NOMBRE Y FIRMA DE LA UNIDAD DE VERIFICACION

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

NO. DE CEDULA DE APROBACION

LUGAR Y FECHA

EL CROQUIS DE UBICACION AL REVERSO DE LA HOJA

C.C.P. JEFE DE PROGRAMA DE SANIDAD VEGETAL C.C.P. DIRECCION GENERAL DE SANIDAD VEGETAL C.C.P.

INTERESADO

SV-04

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Subsecretaría de Agricultura y Ganadería****Comisión Nacional de Sanidad Agropecuaria****Dirección General de Sanidad Vegetal****Delegación Estatal en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |

|  |
| --- |
| **PERMISO DE SIEMBRA** |

|  |
| --- |
| USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARIA |
| NUMERO DE PERMISO: / / / |

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

EN CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO EN LOS ARTICULOS 7 FRACCION XXI, 19, FRACCION I, INCISOS i, j, k y l, Y 44 DE LA LEY FEDERAL DE SANIDAD VEGETAL, A LA NORMA OFICIAL MEXICANA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Y EN VIRTUD DE ESTAR APLICANDO LAS MEDIDAS FITOSANITARIAS REQUERIDAS PARA UNA ZONA BAJO PROTECCION O ZONA LIBRE DE PLAGAS DE LA PAPA Y AL PROGRAMA PARA REGULAR LA SIEMBRA DE PAPA CON SEMILLA TUBERCULO CERTIFICADA FITOSANITARIAMENTE, SE OTORGA EL PERMISO DE SIEMBRA No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL PREDIO, CUYOS DATOS SE MENCIONAN A CONTINUACION:

**NOMBRE O RAZON SOCIAL:**

**UBICACION:**

**NOMBRE DEL PROPIETARIO:**

**DIRECCION Y TELEFONO:**

**VARIEDADES:**

**SEMILLA CON CERTIFICACION FITOSANITARIA**

**NUM. DE CERTIFICADO FITOSANITARIO DE MOVILIZACION NACIONAL DE LA SEMILLA-TUBERCULO A SEMBRAR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ O DICTAMEN DE UN LABORATORIO APROBADO CUANDO LA SEMILLA FUE PRODUCIDA DENTRO DE LA MISMA ZONA BAJO PROTECCION O ZONA LIBRE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**AREA O SUPERFICIE:**

**FECHA DE SIEMBRA:**

**FECHA PROBABLE PARA LA TERMINACION DE LA COSECHA:**

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

**NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DEL CENTRO DE APOYO AL DESARROLLO RURAL**

LUGAR Y FECHA

EL CROQUIS DE UBICACION AL REVERSO DE LA HOJA

C.C.P. JEFE DE PROGRAMA DE SANIDAD VEGETAL C.C.P. DIRECCION GENERAL DE SANIDAD VEGETAL C.C.P. INTERESADO