



Form. 286 B	Declaración de aplicación de Fitosanitario Al amparo de las disposiciones de la Resolución MGAP 188/2011
-------------	--

Fecha:

--	--	--

1 Nro. DE RESOLUCIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:

2 SOLICITANTE

Nombre y Apellido		
Cédula de Identidad		
Domicilio		
Localidad/ciudad		Departamento
Teléfono de contacto		

3 Ing. Agr. que Supervisará la aplicación

Nombre y Apellido		
Cédula de Identidad		
Domicilio		
Localidad/ciudad		Departamento
Teléfono de contacto		
Correo electrónico		

4 Empresa Aplicadora

Razón social		
RUT		
Domicilio		
Localidad/ciudad		Departamento
Teléfono de contacto		
Nº de Equipo (MGAP)		
Operario responsable de la aplicación *	Nombre	Apellido
Cédula de identidad		

*Deberá tener al día el carnet de Aplicador otorgado por el MGAP.



5	Datos de la aplicación Fecha:			
	Num. de escuela:			
	Departamento:			
Marca Comercial	*Principio activo	Num.de registro	Dosis a utilizar	Unidad de medida

*Principio activo el de mayor concentración

No se autorizarán productos fitosanitarios de Categoría Toxicológica I a, I b y II (dos) (IPCS-OMS, 2009)

7 FIRMA DEL SOLICITANTE:

Los campos con esta información se deben completar en forma manuscrita.

Apellidos y nombres completos (1)	Cédula de Identidad	Firma

Enviar declaracion firmada por correo electrónico a:

declaraciondeaplicaciones@mgap.gub.uy