****

**FORMULARIO**

*PRESENTACIÓN PARA EL PLAN PILOTO*

*DE ASISTENCIA TÉCNICA INTEGRAL GRUPAL*

**PRODUCTORES DEL SECTOR APÍCOLA DENTRO DE COMISIÓN ADMINISTRADORA Y REGULADORA DE UPM-FO** *(CAR).*

**NOMBRE DE LA PROPUESTA:**

**FECHA DE PRESENTACIÓN:**

|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTAMENTO:** | **LOCALIDAD:** |

Organización que avala (Nombre completo):

Estimación de apicultores participantes:

Estimación de colmenas totales participantes:

**Equipo Técnico**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre y Apellido | C.I.*(sin puntos y con guión el dígito verificador)* | Profesión/Especialidad | Teléfono/Celular | Correo electrónico |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**A) RESUMEN EJECUTIVO EQUIPO TÉCNICO**

|  |  |
| --- | --- |
| Objetivo general de la propuesta: |  |
| Problemática detectada a nivel productivo, ambiental, económico |  |
| Impacto esperado de la ATIG en las dimensiones sociales, económicas y ambientales  |  |
| Financiamiento solicitado al MGAP(en pesos uruguayos): | ***Monto total solicitado:***  |
| *Monto no retornable (Asistencia Técnica):**Monto no retornable (Capacitación):* |

**B) PROFESIONAL PATROCINANTE *(responsable del equipo técnico)***

### INFORMACIÓN BÁSICA

Nombre completo:

R.U.T.:

Nº CJPPU:

Nº Cuenta BROU *(Caja de Ahorro y/o Cuenta Corriente en moneda nacional a nombre del patrocinante):*

Domicilio constituido:

Dirección de correo electrónico:

**C) APICULTORES PARTICIPANTES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LISTA DE BUENA FE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1° Apellido** | **2° Apellido** | **1° Nombre** | **C.I.** **(sin puntos ni guiones)** | **RUT** | **Nº Propietario de Colmena** | **Nº colmenas que participa en el plan** | **Firma del Propietario de Colmena** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

**D) OBJETIVO**

|  |
| --- |
| Identifique el objetivo general y los objetivos específicos del grupo con respecto al proyecto de asistencia técnica integral predial grupal presentado.  |

**D.1 Objetivo General.**

**D. 2 Objetivos Específicos**

**E) RECOMENDACIONES TÉCNICAS**

**E.1. Presente un Plan Nutricional de las colmenas del grupo.**

**E.2. Presente un Plan Sanitario de las colmenas del grupo.**

**F. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PRODUCTIVAS**

|  |
| --- |
| Complete el calendario y aporte toda la información que considere necesaria para comprender las actividades productivas que se van a llevar a cabo, señalando cuales son los puntos críticos del sistema. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Actividad / Mes** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
|  |  |  |  |  |  | X  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntos Críticos / Mes** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
|  |  |  |  |  |  | X  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**G. METAS EN FUNCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DETECTADA ESTABLECIENDO INDICADORES PRODUCTIVOS, AMBIENTALES, ECONÓMICOS O SOCIALES A MEJORAR CON LA PARTICIPACIÓN EN EL PLAN.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Problema** | **Objetivo / Meta** | **Actividad** | **Indicador** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**E) PROPUESTA GRUPAL**

**E.1 Acciones e indicadores de sustentabilidad del grupo**

Teniendo en cuenta la metodología de trabajo elegida por el equipo técnico y con el conocimiento de cada apicultor participante, describa *las problemáticas que se visualizan a nivel del grupo de apicultores, las* acciones que se trabajaran en conjunto.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Problema** | **Objetivo / Meta** | **Actividad** | **Indicador** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**E.2 Capacitaciones**

En función del diagnóstico realizado proponer un calendario de capacitaciones que involucren a apicultores, asalariados y técnicos. Completar el cuadro.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivo de la actividad** | **Metodología de la capacitación** | **Disertante** | **Fecha y Lugar** | **Costos** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

En las capacitaciones serán de carácter obligatorio: 1) Cuadernos de campo y registros económicos.

2) Reconocimiento flora de interés silvoapícola y taller en nutrición de abejas.

**F) FINANCIAMIENTO POR FUENTE EN PESOS URUGUAYOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **MESES** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **Total** |
| **MGAP** *(especificar montos no retornables)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Formulación  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Asistencia Técnica  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Capacitaciones de los técnicos y apicultores  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gastos administrativos  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Apicultores** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Asistencia Técnica |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |