|  |  |
| --- | --- |
| Nombre o Razón social del Solicitante |  |
| RUT: |  | Teléfono: |  |
| Correo electrónico: |  | Comuna / Región: |  |
| Representante legal: |  |
| Domicilio: |  |

|  |
| --- |
| Solicita:  |
|  | Autorización de ingreso o formulación de muestra de plaguicida para experimentación  |
|  | Modificación de la Resolución N° \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_, sobre muestra de uso experimental |

Para tal efecto Ud. debe adjuntar la siguiente información:

|  |
| --- |
| **SÓLO PARA AUTORIZACIÓN DE INGRESO O FORMULACIÓN DE MUESTRA DE PLAGUICIDA PARA EXPERIMENTACIÓN:** |
| *Utilizar esta opción del formulario sólo en casos que el sistema informático de plaguicidas NO esté operativo o si se permite un ingreso alternativo a este sistema informático.* |
| Nombre comercial y/o nombre provisorio: |
| Ingrediente(s) activo(s): |
| Composición: |
| Tipo de formulación: |
| Aptitud de uso: |
|  | Monografía del producto |
|  | Protocolo de Ensayo |
|  | Hoja de Datos de Seguridad (HDS) |
|  | Certificado del convenio de Trabajo emitido por Estación Experimental |
|  | Factura Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_\_\_\_ (día / mes / año), por un valor de 4 UTM (Resol. 5.179/2020). |
|  | Número Formulario “Solicitud Prestación de Servicios y Notificación de Cobros” (SPS) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **SÓLO PARA MODIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN QUE AUTORIZÓ EL INGRESO O FORMULACIÓN DE PLAGUICIDA PARA EXPERIMENTACIÓN:** |
| Nombre comercial y/o nombre provisorio: |
| Ingrediente(s) activo(s): |
| Composición: |
| Tipo de formulación: |
| Aptitud de uso: |
| Motivo de la solicitud de modificación: (*Indicar los cambios o inclusiones y las razones que los justifican*). |
|  | Monografía del producto |
|  | Protocolo de Ensayo |
|  | Hoja de Seguridad |
|  | Certificado del convenio de Trabajo emitido por Estación Experimental |
|  | Factura Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_\_\_\_ (día / mes / año), por un valor de 2 UTM (Res. Nº 5.179/2020). |
|  | Factura Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_\_\_\_ (día / mes / año), por un valor de 0,5 UTM, Sólo para cambios en el punto de ingreso de la muestra (Res. Nº 5.179/2020). |
|  | Número Formulario “Solicitud Prestación de Servicios y Notificación de Cobros” (SPS) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**DECLARACIÓN SIMPLE**

Yo, …………………………………………………………………….……………, RUT ………………………..…, en representación de la empresa ………………………………………………………………………………………….., mediante este documento y conforme a lo dispuesto en el artículo 19 de la Ley N° 19.880, manifiesto expresamente mi voluntad en orden a ser o no notificado/a través del correo electrónico señalado en la presente solicitud, respecto de los resultados o requerimientos de información relacionados a esta solicitud:

SÍ

NO

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

Firma Representante Legal o

 de la persona designada formalmente por éste