*Señores Servicio Agrícola y Ganadero*

*Presente*

El suscrito que más abajo se identifica, viene a presentar ante la Jefatura del Departamento de Transacciones Comerciales y Autorización de Terceros, para su tramitación, la *Solicitud de autorización de Terceros para la ejecución de Tratamientos y/o Medidas Fitosanitarias. El(los) tratamiento(s)y/ o medida(s) fitosanitaria(s) a cuya autorización se postula son:*

Marcar con una cruz los tratamientos y/o medidas a los que postula:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Tratamientos de fumigación con Bromuro de metilo
 |      |
| 1. Tratamientos de fumigación con Fosfina
 |      |
| 1. Tratamientos de desinfección y desinfestación (*completar formulario anexo)*
 |      |
| 1. Destrucciones *(completar formulario anexo)*
 |      |
| 1. Tratamientos térmicos
 |      |
| 1. Tratamientos NIMF N°15
 |      |

***Sección I:*  Identificación del postulante** *(Completar con letra imprenta).*

1. Antecedentes del postulante

Nombre o razón social: ……………………………………………………………………………………………………….

Nº de CI o de RUT:

Nacionalidad: …………………………………………….. Sexo: -Hombre ………. –Mujer …………

Domicilio del postulante:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Calle | Nº | Depto. | Villa, condominio, población u otro. |
|  |  |  |
| Comuna | Ciudad | Región |

Nº de teléfono: ………………………………………………………………………………………….

e-mail: ………………………………………………………………………………………………….

1. Antecedentes del representante legal *(completar sólo en caso de personas jurídicas)*

Nombre completo: ……………………………………………………………………………………………………

N° de cédula de identidad: …………………………………………………………………………………………

Nacionalidad: ………………………………….. Sexo: -Hombre ……….. -Mujer ………..

Domicilio:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Calle | Nº | Depto. | Villa, condominio, población u otro. |
|  |  |  |
| Comuna | Ciudad | Región |

Número de teléfono: ………………………………………………………………….………………..

Correo electrónico: …………………………………………………………………………………………………….

1. Dirección y datos de contacto de oficina la comercial *(completar personas naturales y jurídicas)*

Dirección:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Calle | Nº | Depto. | Villa, condominio, población u otro. |
|  |  |  |
| Comuna | Ciudad | Región |

Número de teléfono: ……………………………………………………………………………………

Correo electrónico: …………………………………………………………………………………………………

Página web: …………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
|  |
| **Firma del postulante o del representante legal** |

Nota: Debe firmar la persona natural que postula o el representante legal si es persona jurídica, según corresponda

***Sección II:* Recepción de la solicitud** (Uso Exclusivo SAG)

Fecha recepción:

Departamento SAG que recepciona:

Nombre personal SAG que recepciona:

|  |
| --- |
| Firma personal SAG que recepciona |

***Sección III: Identificación de la(s) UTF para la cual se solicita la autorización***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre UTF | Tipo de UTF | Tratamiento y/o medida fitosanitaria al que postula  | Dirección de la UTF (Dirección completa) | Ubicación geográfica de la UTF (mts.) | Datum  | Huso |
|  |  |  |  |  | WGS 84 |  |
|  |  |  |  |  | WGS 84 |  |
|  |  |  |  |  | WGS 84 |  |
|  |  |  |  |  | WGS 84 |  |
|  |  |  |  |  | WGS 84 |  |
|  |  |  |  |  | WGS 84 |  |
|  |  |  |  |  | WGS 84 |  |
|  |  |  |  |  | WGS 84 |  |
|  |  |  |  |  | WGS 84 |  |
|  |  |  |  |  | WGS 84 |  |

*Este formulario consta de cuatro (4) hojas, y debe ser presentado completo, aun cuando las secciones II y IV son de uso exclusivo del Servicio Agrícola y Ganadero.*

***Sección IV: Revisión y evaluación documental de la solicitud***

* 1. Indicar si la solicitud está acompañada de la siguiente documentación:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Fotocopia por ambos lados de la cédula de identidad en caso de persona natural o Rol Único Tributario (RUT) para personas jurídicas
 |  |
| 1. Antecedentes legales (*solo si es persona jurídica*):
* Fotocopia por ambos lados de la cédula de identidad del representante legal o del documento de identificación oficial para el caso de extranjeros
* Documento que acredite la personería del representante legal para actuar en nombre del postulante y su certificado de vigencia (de no más de 60 días de antigüedad).
* Fotocopia de la escritura social de constitución, con sus respectivas modificaciones si las hubiere.
* Fotocopia de la publicación de extracto respectivo cuando corresponda
* Certificado de vigencia de la persona jurídica (de no más de 60 días de antigüedad).
 |  |
| 1. Formulario de identificación de los responsables técnicos y personal de apoyo, indicando nombre completo, cédula de Identidad y firma.
 |  |
| 1. Fotocopia legalizada ante notario del certificado de título de cada uno de los responsable(s) técnico(s) identificados en el formulario.
 |  |
| 1. Certificado de aprobación de curso de capacitación, de cada responsable técnico identificado y personal técnico calificado, de acuerdo al requisito establecido en el Reglamento. En caso que el responsable técnico se encuentre registrado en el listado nacional, éste no será exigible. (listado web del SAG).
 |  |
| 1. Planos de la ubicación en donde se aplicarán los tratamiento(s) y/o medida(s) fitosanitaria(s) asociados a la UTF Fija que se postula a la autorización.
 |  |
| 1. Modelo del sello en formato digital y un original numerado
 |  |
| 1. Autorización de publicación de datos en el sitio Web del SAG
 |  |
| 1. Lista y descripción de equipamientos, instrumental y materiales disponibles para efectuar y controlar los procesos de tratamiento.
 |  |
| 1. Declaración jurada simple donde se declara que el postulante, en formato persona natural o persona jurídica, según corresponda.
 |  |
| 1. Copia del comprobante del pago realizado por concepto de postulación a la autorización, de acuerdo al sistema tarifario vigente.
 |  |
| 1. Declaración jurada donde el tercero autorizado declara si realizará servicios a terceros
 |  |
| 1. Formulario anexo (desinfección y desinfestación y destrucciones)
 |  |

* 1. La presente solicitud se califica como documentalmente (completa / incompleta), en caso de estar completa continuar su tramitación, en caso contrario, notificar al postulante que tiene 15 días corridos para presentar la documentación faltante.

Calificación: …………………………………………………….

Nombre o razón social del postulante: …………………………………………………………………………………

Nº de CI o RUT: ……………………………………………………………………………………………………

**Identificación de los responsables técnicos:**

| Nombre completo | Nº de cédula de identidad | Título Profesional | Firma |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Identificación del personal de apoyo:**

| Nombre completo | Nº de cédula de identidad | Título Técnico | Firma |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Firma del Postulante o de su Representante Legal

Fecha, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nota:

* Cada responsable técnico que firme este formulario asume la responsabilidad del desempeño, por parte del tercero autorizado, de las obligaciones y condiciones que establece el reglamento general, reglamento específico, instructivos técnicos y convenio de autorización.

Nombre o razón social del postulante: …………………………………………………………………………………

Nº de CI o RUT: ……………………………………………………………………………………………………

**Identificación de los procesos de desinfección y desinfestación:** marcar con una X cuales de los siguientes procesos ejecutará

| PROCESO A EJECUTAR | SI | NO |
| --- | --- | --- |
| 1. Aplicación plaguicidas
 |  |  |
| 1. Baños de inmersión
 |  |  |
| 1. Tratamientos de aspersión y/o pulverización
 |  |  |
| 1. Tratamiento con vapor
 |  |  |
| 1. Otro:
 |  |  |

Nota: en caso de ser un proceso diferente a los señalados, escribir su nombre en la fila que corresponde.

**Identificación de los procesos de destrucciones:** marcar con una X cuales de los siguientes procesos ejecutará

| PROCESO A EJECUTAR | SI | NO |
| --- | --- | --- |
| 1. Incineración o quema
 |  |  |
| 1. Autoclave
 |  |  |
| 1. Tratamiento con vapor
 |  |  |
| 1. Otro:
 |  |  |

Nota: en caso de ser un proceso diferente a los señalados, escribir su nombre en la fila que corresponde.

Firma del Postulante o de su Representante Legal

Fecha, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por el presente instrumento, …………………………………………………………………..………...........…......, cédula de identidad Nº ……..................................... de nacionalidad ................................. con domicilio en ................................................... ………………....................................…......................... Comuna de……………………………..……… Región ………………………..…….., declaro bajo juramento:

1. Cumplo con todos los requisitos y condiciones solicitados por el Servicio Agrícola y Ganadero a las personas naturales, para ser tercero autorizado, de acuerdo a lo establecido en el reglamento general, reglamento específico, instructivos técnicos y convenio de autorización.
2. No poseer ninguna de las inhabilidades y cumplir las incompatibilidades para ser tercero autorizado que fueran definidas por el SAG en el reglamento general, reglamento específico e instructivos técnicos.
3. La capacidad para realizar tratamientos y/o medidas fitosanitarias *(por cada tratamiento o medida al cual postula),* es la siguiente:

| Tratamiento y/o medida | Capacidad máxima mensualmente |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Afirmo bajo juramento:
2. .…………..… tengo cónyuge o parientes que son funcionarios, trabajadores o asesores a cualquier título o calidad jurídica del Servicio Agrícola y Ganadero hasta cuarto grado de consanguinidad o afinidad colateral y tercer grado de consanguinidad o afinidad en línea recta o cónyuge.
3. El responsable técnico de este postulante ………… tiene cónyuge o parientes que son funcionarios, trabajadores o asesores a cualquier título o calidad jurídica del Servicio Agrícola y Ganadero hasta cuarto grado de consanguinidad o afinidad colateral y tercer grado de consanguinidad o afinidad en línea recta.

Los parientes aludidos anteriormente en las letras a y b son:

| Nombre | Parentesco | Ciudad donde se desempeña en el SAG |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. .…………..… prestaré servicios a terceros que soliciten la ejecución de tratamientos y/o medidas que están dentro del alcance de mi autorización.

Formulo la presente declaración para solicitar la autorización ante el SAG para solicitar la autorización de terceros para la ejecución de tratamientos y/o medidas fitosanitarias.

Firma Postulante

Fecha, …………………………………………….

Por el presente instrumento, ……………....………………………………......................................, cédula de identidad Nº ……..................................... de nacionalidad ........................................ con domicilio en ........................................ ........................................................... Comuna de ………………………..……………………. Región …………………….…..….., en representación de ………...........…............................................. …………...................., RUT Nº ………………………......................... con domicilio en …………………………............................................, Comuna de………….…………. Región ……………………………………………………..., declaro bajo juramento:

1. La persona jurídica a la que represento cumple con todos los requisitos y condiciones solicitados por el Servicio Agrícola y Ganadero para ser tercero autorizado, de acuerdo a lo establecido en el reglamento general, reglamento específico, instructivos técnicos y convenio de autorización.
2. La persona jurídica a la que represento no posee ninguna de las inhabilidades y se compromete a cumplir las incompatibilidades para ser tercero autorizado que fueran definidas por el Servicio Agrícola y Ganadero en el reglamento general, reglamento específico e instructivos técnicos.
3. La capacidad para realizar tratamientos y/o medidas fitosanitarias *(por cada tratamiento o medida al cual postula),* es la siguiente:

| Tratamiento o medida | Capacidad máxima diaria |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Afirmo bajo juramento:
	1. Yo………… tengo cónyuge o parientes que son funcionarios, trabajadores o asesores a cualquier título o calidad jurídica del Servicio Agrícola y Ganadero hasta cuarto grado de consanguinidad o afinidad colateral y tercer grado de consanguinidad o afinidad en línea recta.
	2. El responsable técnico de este postulante ………… tiene cónyuge o parientes que son funcionarios, trabajadores o asesores a cualquier título o calidad jurídica del Servicio Agrícola y Ganadero hasta cuarto grado de consanguinidad o afinidad colateral y tercer grado de consanguinidad o afinidad en línea recta.

Los parientes aludidos anteriormente en las letras a y b son*:*

| Nombre | Parentesco | Ciudad donde se desempeña en el SAG |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. .…………..… prestaré servicios a terceros que soliciten la ejecución de tratamientos y/o medidas que están dentro del alcance de mi autorización.

Formulo la presente declaración para solicitar la autorización ante el SAG para solicitar la autorización de terceros para la ejecución de tratamientos y/o medidas fitosanitarias.

Firma del Representante Legal del postulante

Fecha, …………………………………………….