|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE TRATAMIENTOS O MEDIDAS FITOSANITARIAS PARA PERSONAS NATURALES** | Código: F-ATR-AAT-211  Versión:02 |

Señor(a) Director(a) Regional del Servicio Agrícola y Ganadero de la Región……………………………………………, el suscrito que más abajo se identifica, viene a presentar a Ud. para su tramitación, *Solicitud de autorización de Terceros para la ejecución de Tratamientos Fitosanitarios*. El(los) tratamiento(s) o medida fitosanitaria a cuya autorización se postula son:

|  |  |
| --- | --- |
| **Tratamiento de Fumigación con Bromuro de Metilo** |  |
| **Tratamiento de Fumigación con Fosfina** |  |
| **Tratamiento de Desinfección y Desinfestación** |  |
| **Destrucciones** |  |
| **Tratamientos térmicos** |  |
| **Tratamientos NIMF 15** |  |

***Sección I:* Identificación del postulante**

Nombre: ...........................................................................................................

Nº de Cédula de Identidad: .....................................................................................

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



Calle Nº Depto. Villa, condominio, población u otro.



Comuna Ciudad Región Comuna Ciudad

Telefono de contacto: ................... Nº de fax de contacto: ...................

e-mail de contacto: .......................

Firma del postulante

***Sección II:* Identificación de la Oficina Comercial del Tercero Autorizado**

Domicilio:



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

Telefono de contacto: ................... Nº de fax de contacto: ...................

e-mail de contacto: .......................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE TRATAMIENTOS O MEDIDAS FITOSANITARIAS PARA PERSONAS NATURALES** | Código: F-ATR-AAT-211  Versión:02 |

Identificación de la(s) UTF para la cual se solicita la autorización

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre UTF | Indicar tipo de UTF | Tratamiento Fitosanitario al que  postula a la autorización | Dirección de la UTF (Dirección completa) | Ubicación Geográfica de la UTF (mts.) | Datum | Huso |  |
|  | 1. |  |  |  |  | WGS 84 |  |
|  | 2. |  |  |  |  | WGS 84 |  |
|  | 3. |  |  |  |  | WGS 84 |  |
|  | 4. |  |  |  |  | WGS 84 |  |
|  | 5. |  |  |  |  | WGS 84 |  |
|  | 6. |  |  |  |  | WGS 84 |  |
|  | 7. |  |  |  |  | WGS 84 |  |
|  | 8. |  |  |  |  | WGS 84 |  |
|  | 9. |  |  |  |  | WGS 84 |  |
|  | 10. |  |  |  |  | WGS 84 |  |
| *Este formulario consta de cinco (5) hojas, y debe ser presentado completo, aun cuando las secciones III, IV y V son de uso exclusivo del Servicio Agrícola y Ganadero.*  *El personal de la Oficina Sectorial SAG que recepcione este formulario presentado por el postulante, debe dejar constancia en la siguiente sección.* | | | | | | | | |

Página 33 de 89

***Sección III: Recepción de la solicitud persona natural***

Fecha recepción: .......... Dirección Regional SAG ..............................................................

Nombre personal SAG que recepciona: ...........................................................................

Firma personal SAG que recepciona

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

a) Indicar si la solicitud está acompañada de la siguiente documentación:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Fotocopia por ambos lados de la cédula de identidad. |  |
| 2. Formulario de identificación de los responsables técnicos y personal técnico calificado, indicando nombre completo, Cédula de Identidad y firma. |  |
| 3. Fotocopia legalizada ante notario del Certificado de título de cada uno de los  Responsable(s) Técnico(s) identificados anteriormente. |  |
| 4. 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/la responsable técnico el postulante se encuentre registrado en el listado nacional de responsables técnicos con cursos aprobados, éste no será  exigible. (listado web del SAG). |  |
| 5. Planos de la ubicación en donde se aplicarán los Tratamiento(s) Fitosanitario(s) asociados a la UTF Fija que se postula a la autorización. |  |
| 6. Modelo del sello en formato digital y un original numerado |  |
| 7. Autorización de publicación de datos de Terceros Autorizados en el sitio Web del SAG |  |
| 8. Lista y descripción de equipamientos, instrumental y materiales disponibles para efectuar y controlar los procesos de tratamiento. |
| 9. Declaración jurada simple donde se declara que el postulante: 1) cumple con los requisitos y condiciones para postular a la autorización, 2) no tiene causales de inhabilidad, y 3) el postulante así como el/los Responsable(s) Técnico(s) y Personal Técnico Calificado no tienen cónyuge o parientes que sean 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 vertical, y en caso contrario deberá identificarlos en el mismo formulario |  |
| 10. Copia del comprobante del pago realizado por concepto de postulación a la autorización, de acuerdo al sistema tarifario vigente. |  |
| 11. Cuatro (4) ejemplares del convenio de autorización, firmadas en original por el Tercero  Autorizado o el representante legal en caso de persona jurídica. |  |
| **b) La presente solicitud se califica como documentalmente** *(completa / incompleta)* | |

**NOTIFICACIÓN DOCUMENTACIÓN FALTANTE**

En caso que el resultado de la letra **b)** sea **solicitud incompleta**: Indicar los antecedentes o información faltantes:

.............................................................................................................................

Nombre personal SAG que notifica a la entidad postulante de la documentación faltante:

.............................................................................................................................

……………………………………………………………

Firma personal SAG que notifica

Fecha de notificación: ................................................

**RECEPCIÓN DOCUMENTACIÓN FALTANTE**

Nombre personal SAG que recepciona documentación faltante:

................................................................................................................................

Firma personal SAG que recepciona Fecha de recepción: ...........................................

**VALIDACIÓN TÉCNICA DE LA EVALUACIÓN**

En caso que el resultado de la letra b) sea SÍ:

¿El postulante cumple con los requisitos técnicos y legales para optar a la autorización en el Registro?

**SI**............... **NO**...............

Indicar fundamento en caso que la organización que postula **no cumpla** con los requisitos:

**Nombre y firma personal área técnica que evalúa**

***Sección V: Recomendación del (la) Director(a) Regional***

En vista de la evaluación documental y de los Informes de Verificación de cada una de las UTF respecto de las cuales el postulante solicita autorización, este(a) Director(a) Regional recomienda:

Rechazar la autorización de la/las siguientes UTF presentadas para autorización:

1. ............................................................................................................................

2. .............................................................................................................................

3. .............................................................................................................................

4. .............................................................................................................................

5. .............................................................................................................................

6. .............................................................................................................................

7. .............................................................................................................................

8. .............................................................................................................................

9. .............................................................................................................................

10. .............................................................................................................................

Fundamento ................................................................................................................

..................................................................................................................................

..................................................................................................................................

Aprobar la autorización de la/las siguientes UTF:

1. .............................................................................................................................

2. .............................................................................................................................

3. .............................................................................................................................

4. .............................................................................................................................

5. .............................................................................................................................

6. .............................................................................................................................

7. .............................................................................................................................

8. .............................................................................................................................

9. .............................................................................................................................

10. .............................................................................................................................

Fundamento ................................................................................................................

..................................................................................................................................



Nombre de Director(a) Regional Firma y timbre. Fecha, ………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DECLARACIÓN JURADA SIMPLE PARA LA AUTORIZACIÓN DE TERCEROS PARA LA EJECUCIÓN DE TRATAMIENTOS O MEDIDAS FITOSANITARIAS PERSONA NATURAL** | Código: F-ATR-AAT-212  Versión:02 |

Por el presente instrumento, Yo.....................................................................…, Cédula de Identidad Nº

......................... de nacionalidad................................. con domicilio en .............................

....................................................….................. Comuna de………………………, 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 para la ejecución de Tratamientos Fitosanitarios, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Específico e instructivos técnicos específicos existentes para tal efecto.

2-. No poseo ninguna de las inhabilidades para ser Tercero Autorizado para la ejecución de Tratamientos o medidas Fitosanitarias, que fueran definidas por el Servicio Agrícola y Ganadero en el Reglamento Específico e instructivos técnicos mencionado anteriormente.

3-. a.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 vertical.

1. Los responsables técnicos o personal técnico calificado 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 vertical.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre | Parentesco | Ciudad donde se desempeña en el SAG |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |
| 10. |  |  |

Formulo la presente declaración para solicitar la autorización ante el SAG para postular a la autorización para la ejecución de Tratamientos Fitosanitarios.

Firma del postulante

Fecha…………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **IDENTIFICACIÓN DE LOS RESPONSABLES TÉCNICOS DEL POSTULANTE Y PERSONAL TÉCNICO CALIFICADO** | Código: F-ATR-AAT-213  Versión:02 |

**Nombre del postulante: ……………………………………………………………………………………………… Nº de RUT: ………………………………………………………………………………………………………………… Identificación de los Responsables Técnicos:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo | Nº de cédula de identidad | Título Profesional | Firma |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

**Identificación del Personal técnico Calificado:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo | Nº de cédula de identidad | Título Técnico | Firma |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |

**……………………………………………………… …….………………….……………………………………**

**Firma del postulante persona natural Firma de representante legal del postulante**

En Santiago, a ……… de …………………. del año ………, entre el Servicio Agrícola y Ganadero, en adelante “el SAG”, persona jurídica de derecho público, Rut Nº 61.308.000-7, representado por …………………………………… …………………………………, ……………………………………, …………………………,

……………………, Cédula de Identidad Nº ……………………, ambos con domicilio en Avenida Bulnes

140 Comuna de Santiago, por una parte; y por la otra, ………………….

………………………………………………… …………………………………………………………, cédula de identidad N°……………………………………con…………………………domicilio………………………en……………………………

…………………………………………………………………………………. Comuna de …………........, en adelante “el Tercero Autorizado”, se ha convenido lo siguiente:

**Primero** El presente convenio se suscribe en conformidad a lo señalado en la Resolución Exenta Nº 8078 de la Dirección Nacional del Servicio Agrícola y Ganadero, fechada el 20 de diciembre de 2017, la cual Norma el Sistema Nacional de Autorización de Terceros.

**Segundo** Por el presente instrumento, el Tercero Autorizado se obliga a ejecutar actividades de Tratamiento Fitosanitario, en las siguientes Unidades de Tratamiento Fitosanitario:……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………ubicadas en ………………………………………………………………………………………………………… cumpliendo con la totalidad de las disposiciones establecidas en el “Reglamento Específico para la Autorización de Terceros en la Ejecución de Tratamientos o Medidas Fitosanitarios, documento que se entiende parte integrante de este Convenio.

**Tercero** El SAG podrá modificar y actualizar el Reglamento señalado en el punto anterior. El Tercero Autorizado se obliga a ajustar su accionar de acuerdo a las nuevas definiciones.

**Cuarto** El SAG podrá supervisar y evaluar el desempeño del Tercero Autorizado en la ejecución de las actividades para las cuales se encuentra autorizado, comprometiéndose este último a facilitar y cooperar en las acciones de supervisión del SAG.

**Quinto** El SAG podrá sancionar al Tercero Autorizado con la suspensión o revocación de su Autorización, de acuerdo a las causales descritas en el “Reglamento Específico para la Autorización de Terceros en la Ejecución de Tratamientos o Medidas Fitosanitarias.

**Sexto** Sin perjuicio de lo anterior, y si producto de las acciones de supervisión, el SAG detecta faltas en el desempeño del Tercero Autorizado que afectan negativamente el resultado del Programa Oficial asociado a su autorización, el SAG podrá instruir al Tercero Autorizado mediante oficio del Jefe de Oficina Sectorial SAG o Director Regional SAG, el cese inmediato de prestaciones de servicios asociadas a su autorización, ante lo cual el Tercero Autorizado se obliga a suspender la ejecución dichas acciones a nivel nacional y hasta que el SAG resuelva en definitiva su caso.

**Séptimo** El presente Convenio tendrá una validez de dos años a contar de la fecha que establece la Resolución que lo apruebe.

**Octavo** El Tercero Autorizado perderá tal condición de manera anticipada al término del presente convenio, ante la ocurrencia de alguna de las causales descritas para tal fin en el “Reglamento Específico para la Autorización de Terceros en la Ejecución de Tratamientos o Medidas Fitosanitarias, siendo causal de término del presente convenio.

**Noveno** El Autorizado y su personal no tienen relación de dependencia con el SAG. El SAG no asume responsabilidad por las actuaciones del Tercero Autorizado ni de su personal, incluyendo el caso de infracciones o sanciones que reciba el Tercero Autorizado por incumplimiento de leyes de la República, sean éstas de carácter laboral, previsional, municipal u otras de cualquier naturaleza.

**Décimo** El presente instrumento se firma en cuatro ejemplares, quedando uno en poder del Tercero Autorizado y tres en poder del SAG.

**Undécimo** La personería de Don(a)………………………………………………………… para representar al Servicio Agrícola y Ganadero consta en.………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………



**SERVICIO AGRÍCOLA Y GANADERO TERCERO AUTORIZADO**

A través de la presente, yo ………………………………………………………, Cédula de Identidad Nº…………………………………, autorizo al Servicio Agrícola y Ganadero a publicar los datos de mi persona o de mi representado en caso de persona jurídica, que se especifican a continuación, en su Sistema de Información de Terceros Autorizados durante el periodo de vigencia de mi autorización:

*(Complete con una X según corresponda)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Autorizo a publicar:** | |
| **Datos del Tercero Autorizado a publicar en el sitio Web del SAG:** | **SI** | **NO** |
| Nº de Cédula de Identidad |  |  |
| Dirección del autorizado. |  |  |
| Dirección de correo electrónico del autorizado. |  |  |
| Fono del autorizado. |  |  |
| Nombre y Nº de Cédula de Identidad del Representante Legal del autorizado (si corresponde) |  |  |
| Ubicación de cada una de las UTF respecto de las cuales se  encuentra autorizado. |  |  |
| Nombre y Nº de Cédula de los responsables técnicos. |  |  |
| Nombre y Nº de Cédula del personal técnico calificado. |  |  |

Nombre de la persona natural o jurídica: …………………………………………………………...…………….

Firma de la persona natural o

del representante legal de la persona jurídica autorizada Fecha: ……………………………………………………………

NOTA:

En conformidad a lo dispuesto por la Ley Nº 19.628 sobre Protección de la Vida Privada o Protección de Datos de Carácter Personal, el SAG requiere solicitar a todo autorizado, autorización escrita para publicar por medios electrónicos sus datos personales, ello con el objeto de dar a conocer a los usuarios la información necesaria para contactar y requerir los servicios de una Persona Autorizada ante el SAG.

Con esta autorización el SAG quedará habilitado para publicar exclusivamente aquellos ítems que fueron señalados por el autorizado. En caso de no contar con esta autorización, el SAG publicará únicamente el nombre completo o razón social del autorizado, la o las plantas autorizadas, el tratamiento fitosanitario para el que se encuentra autorizado, el número y fecha de la Resolución de Autorización respectiva y la vigencia de ella.