Identificación del laboratorio:

Nombre/razón social:

Cédula de identidad N°/RUT: …………………………………………..

Marque con una “X” el hospedero al que postula:

| **Familia/Grupo Hospedante** |  |
| --- | --- |
| Aliaceae |  |
| Apiaceae |  |
| Asparagaceae |  |
| Asteraceae |  |
| Brassicaceae |  |
| Chenopodaceae |  |
| Cucurbitaceae |  |
| Fabaceae |  |
| Oleaginosas |  |
| Poaceae |  |
| Solanaceae |  |

Nota: el laboratorio deberá realizar el diagnóstico de la totalidad de los hongos y similares considerados para cada uno de ellos en el presente instructivo.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Nombre o representante legalLaboratorio postulante |
|  |  |

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identificación del ente autorizado:

Nombre/razón social:

Cédula de identidad N°/RUT: …………………………………………..

Identificación de los analistas:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo | Cédula Identidad |  Técnica que ejecuta | Firma |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Identificación del personal de apoyo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo | Cédula Identidad | Actividades que ejecuta | Firma |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Firma del postulante o su representante legal

Fecha recepción SAG:…………………………..

Por el presente instrumento, declaro bajo juramento que todas las muestras vegetales, captadas por el SAG en el marco del proceso de certificación fitosanitaria de material de propagación de exportación que correspondan al alcance de los instructivos técnicos para el diagnóstico de plagas en material de propagación de exportación deberán ser enviadas al siguiente laboratorio autorizado:

1. IDENTIFICACIÓN DEL LABORATORIO

|  |  |
| --- | --- |
| Disciplinas: |  |
| Nombre o Razón social: |  |
| Número y año de su resolución de autorización vigente: |  |
| Dirección: |  |
| Correo electrónico:  |  |
| Teléfono: |  |

1. IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTOR

|  |  |
| --- | --- |
| Razón Social Productor: |  |
| Representante del Productor: |  |
| Cédula de identidad N°: |  |
| Nacionalidad: |  |
| Domicilio: |  |
| Comuna: |  |
| Teléfono: |  |

Que ante una modificación en la designación del laboratorio autorizado, informaré al Servicio al correo electrónico exportaciones.mapro@sag.gob.cl, en un plazo no superior a 48 horas, el nombre del nuevo laboratorio autorizado al cual el Servicio deberá enviar las muestras.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personal encargado empresa |  | Nombre o representante legallaboratorio autorizado |

Fecha recepción SAG:…………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Logo Laboratório Autorizado**  |  |  |
|  | **INICIO RECEPCION MUESTRAS**  |
|  | **Fecha aviso** |  |
|  |  |
| **ANTECEDENTES TERCERO AUTORIZADO (Emisor)** |
| **Nombre Laboratorio Autorizado** |  |
| **Nombre Responsable Técnico** Indicar nombre completo del responsable técnico, designado por el laboratorio autorizado. |  |
| **Dirección Oficina/ Comuna** Indicar el lugar donde se mantendrán/ analizarán las muestras y los registros documentales de las actividades que el laboratorio autorizado desarrollará. |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Teléfono (s) (fijo/ móvil)** |  |
|  |
| **ANTECENTES SERVICIO AGRICOLA Y GANADERO (Uso exclusivo SAG)** |
| **Departamento Laboratorios y Estaciones Cuarentenarias – UNIDAD VIROLOGÍA** |
| **Nombre Funcionario Receptor** Funcionario SAG que recepciona este documento |  |
| **Firma Funcionario Receptor** |  | **Fecha Recepción** |  |
|  |
| **ANTECEDENTES RECEPCION MUESTRAS** |
| Informo a Ud. que a partir de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicar fecha) se han empezado a recepcionar muestras para el diagnóstico de hongos y similares fitopatógenos en semilleros de exportación, correspondientes a temporada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_, de acuerdo al siguiente detalle: |
| **N° Protocolo** | **N° de Folio** | **Región** | **Comuna** | **Oficina SAG que envía Muestra** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre responsable técnicolaboratorio autorizado |  | Firma responsable técnicolaboratorio autorizado |

|  |
| --- |
| **Logo Laboratório Autorizado** |
|  |
|  | **Fecha aviso** |  |
|  |  |
| **ANTECEDENTES TERCERO AUTORIZADO (Emisor)** |
| **Nombre Laboratorio Autorizado**  |  |
| **Nombre Responsable Técnico**Indicar nombre completo del responsable técnico, designado por el laboratorio autorizado. |  |
| **Dirección Oficina/Comuna**Indicar el lugar donde se mantendrán/ analizarán las muestras y los registros documentales de las actividades que el laboratorio autorizado desarrollará. |  |
| **Fax** |  |
| **Teléfono (fijo/móvil)** |  |
|  |
| **Empresa de courier a utilizar** |  |
| **Nº de cuenta a utilizar** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre responsable técnicolaboratorio autorizado |  | Firma responsable técnicolaboratorio autorizado |