

**Ley Provincial 1.163/95**

**Decreto Reglamentario N°1228/03**

**"DE PROTECCIÓN A LA SALUD HUMANA, ANIMAL Y VEGETAL**

**ANEXO 2**

**DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN TÉCNICA DE EQUIPOS**

**AÉREOS DE APLICACIÓN DE PRODUCTOS**

**FITOSANITARIOS**

Profesional verificador Ing. Agrónomo.....  
Matricula profesional N°.....

Autorizado por Disposición N°.....

## DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN TÉCNICA DE EQUIPOS AÉREOS DE APLICACIÓN DE PRODUCTOS FITOSANITARIOS

Solicitud de inscripción N°.....

Nombre de la Firma o propietario.....

Domicilio – lugar del establecimiento.....

Localidad:.....

T.E..... E.MAIL.....

Equipo pulverizador para servivio      propio       tercero

### OPERADORES (aplicador de productos fitosanitarios)

Nombre y apellido..... DNI:.....

N° de habilitación:..... Válido hasta.....

**Domicilio**

**real:**.....

Localidad:.....

Telefono:.....

E-mail:.....

**Alta en ART:**..... (copia de certificado)

**Licencia habilitante:**.....

Nombre y apellido..... DNI:.....

N° de habilitación:..... Válido hasta.....

Dirección:.....

Localidad:.....

Telefono:.....

E-mail:.....

Nombre y apellido..... DNI:.....

N° de habilitación:..... Válido hasta.....

Dirección:.....

Localidad:.....

Telefono:.....

E-mail:.....

## DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN TÉCNICA DE EMPRESAS AEREAS APLICADORAS DE PRODUCTOS FITOSANITARIOS

Solicitud de inscripción N°.....

Nombre de la Firma.....

Domicilio – lugar del establecimiento.....

Localidad:.....

T.E..... E-MAIL.....

### CROQUIS DE LAS INSTALACIONES :

Coincide con lo presentado : SI  NO

Ubicación correcta: (fuera del radio urbano) SI  NO

LUGAR DESTINADO A OFICINA:Separado del deposito de maquinaria y productos quimicos: SI  NO

### ALMACENAMIENTO DE PRODUCTOS FITOSANITARIOS:

Lugar correcto (anexo a la oficina o en deposito de maquinarias, Separados de alimentos, vestimentas, etc.): SI  NO

Mercadería legalmente etiquetada, envasada y con fecha de vencimiento: SI  NO

REGISTRO Y DOCUMENTACIÓN:Registros requeridos para cumplir con la Ley 1.163: SI  NO

### ELEMENTOS DE SEGURIDAD:

Equipos de protección para los operarios: SI  NO

Cantidad apropiada en relación a la cantidad de operadores: SI  NO

Condiciones: Bueno  Regular  Malo

Equipo de protección faltante: .....

.....

Extintores de fuego adecuados: SI  NO

Ubicados en lugares visibles y de fácil acceso: SI  NO

PRIMEROS AUXILIOS:Caja de primeros auxilios: SI  NO

Observaciones:(los ítems señalados como NO corresponde a aquellos a corregir. Se señala el plazo solicitado para su cumplimiento).

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
Formosa, .....

Firma del propietario o  
responsable

Firma y sello profesional habilitante