|  |
| --- |
| Procedimiento: **4342** |

**COMUNICACIÓN DE APLICACIÓN DE FOSFURO DE ALUMINIO Y MAGNESIO EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DE MURCIA.**

**Real Decreto 1311/2012,** de 14 de septiembre, por el que se establece el marco de actuación para conseguir el uso sostenible de los productos fitosanitarios (BOE, nº 223, de 22 de septiembre)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.- DATOS DEL SOLICITANTE (Empresa o usuario profesional que realiza el tratamiento)** | | | | | |
| **APELLIDOS Y NOMBRE / RAZON SOCIAL:** | | | | | **DNI / NIF:** |
| **DOMICILIO LEGAL** (Calle, plaza, número, puerta, etc.): | | | | | |
| **LOCALIDAD:** | | **PROVINCIA:** | | **CODIGO POSTAL:** | |
| **TELEFONO\*** | **TELEFONO MOVIL\*** | **FAX** | | **CORREO ELECTRONICO\*** | |
| **Nº ROPO:** | | | **Nª ROPO NACIONAL:** | | |

\*/Obligatorio al menos uno de los apartados. Preferible mínimo teléfono o teléfono móvil y correo electrónico.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.- DATOS DEL OPERADOR QUE HA CONTRATADO EL TRATAMIENTO.** | | | | | |
| **APELLIDOS Y NOMBRE (DEL REPRESENTANTE LEGAL, en su caso):** | | | | | **DNI:** |
| **DOMICILIO A EFECTOS DE LA NOTIFICACION** (Calle, plaza, número, puerta, etc.): | | | | | |
| **LOCALIDAD:** | | **PROVINCIA:** | | **CODIGO POSTAL:** | |
| **TELEFONO:** | **TELEFONO MOVIL:** | | **FAX:** | **CORREO ELECTRONICO:** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.- DATOS DEL TRATAMIENTO** | | | | | | | | | | |
| **DIRECCION DEL TRATAMIENTO SEGÚN SIGPAC** | | | | | | | | | | |
| **PROVINCIA:** | **MUNICIPIO:** | | **POLIGONO:** | | | **PARCELA:** | | | | **RECINTO:** |
| **DIRECCION DEL TRATAMIENTO SEGÚN COORDENADAS (Rellenar una de las dos)** | | | | | | | | | | |
| **COORDENADAS X:** | | | | | **COORDEADAS Y:** | | | | | |
| **LATITUD:** | | | | | **LONGITUD:** | | | | | |
| **PRODUCTO VEGETAL A TRATAR** | **PRODUCTO FITOSANITARIO USADO** | | | | **FECHA PREVISTA DEL TRATAMIENTO** | | **HORA PREVISTA DEL TRATAMIENTO** | | **TIPO DE INSTALACION (almacen, silo, etc…)** | |
| **Nombre comercial** | **Nº de registro** | | |  | |  | |
|  |  |  | | |  | |  | |  | |
|  |  |  | | |  | |  | |  | |
|  |  |  | | |  | |  | |  | |
|  |  |  | | |  | |  | |  | |
|  |  |  | | |  | |  | |  | |
|  |  |  | | |  | |  | |  | |
| **OPERARIOS QUE REALIZARAN EL TRATAMIENTO** | | | | | | | | | | |
| **Nombre y apellidos** | | | | **D.N.I.** | | | | **Nivel carnet manipulador fitosanitarios** | | |
|  | | | |  | | | |  | | |
|  | | | |  | | | |  | | |
|  | | | |  | | | |  | | |
|  | | | |  | | | |  | | |
|  | | | |  | | | |  | | |
|  | | | |  | | | |  | | |

|  |
| --- |
| **4.- DOCUMENTACION OBLIGATORIA** |
| **🞎** Informe que incluya las medidas de gestión del riesgo (fecha y ampliación de dichas medidas, área de peligro, distancias, señalizaciones, cinta perimetral e información a los residentes) |

|  |
| --- |
| **5.- DECLARACION, LUGAR, FECHA Y FIRMA** |
| **DECLARO** bajo mi responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento  En ..................... ......................a ……...... de ....................................... de 20………..  Fdo.: ……… ……………… ……………………………  (Firma del Titular / Solicitante) |

**ILMO/A. SR/A. DIRECTOR/A GENERAL DE PRODUCCIÓN AGRÍCOLA, GANADERA Y PESQUERA**