



FORMULARIO TIPO DE NOTIFICACION DE APLICACIONES PLAGUICIDAS DS 157
Art. 84 Gases fumigantes

I) DE LA EMPRESA APLICADORA	
RAZÓN SOCIAL:	
REPRESENTANTE LEGAL:	
REPRESENTANTE TÉCNICO:	RES. SANITARIA:
DIRECCIÓN:	COMUNA:
RUT EMPRESA:	CORREO ELECTRÓNICO:
TELÉFONO CONTACTO:	FAX:

II) DE LA APLICACIÓN	
RAZÓN SOCIAL EMPRESA CONTRATANTE:	
DIRECCIÓN CONTRATANTE:	
RUT EMPRESA:	TELÉFONO CONTACTO:
DIRECCIÓN LUGAR DEL TRATAMIENTO (localidad, comuna):	
DIAGNÓSTICO (Art. 85 DS. 157):	
MODALIDAD DE TRATAMIENTO	
<input type="checkbox"/> CÁMARA <input type="checkbox"/> CONTENEDOR <input type="checkbox"/> COBERTOR	
NOMBRE COMERCIAL DEL PRODUCTO:	
TIPO DE FUMIGANTE:	
<input type="checkbox"/> BROMURO DE METILO <input type="checkbox"/> FOSFINA <input type="checkbox"/> ANHÍDRIDO SULFUROSO <input type="checkbox"/> OTRO	
PRODUCTO A FUMIGAR (fruta, madera, equipo, especificar otro):	
DOSIS (cantidad por unidad de volumen, ej. Kg/m3):	
FECHA DE APLICACIÓN PUNTUAL:	HORA INICIO Y TERMINO DE APLICACIÓN:
FECHA DE INICIO DE TEMPORADA:	

III) UBICACIÓN DEL LUGAR DE APLICACIÓN (Explique con un croquis la ubicación del lugar de aplicación y acceso al lugar)



RESPONSABLE DE LA NOTIFICACIÓN:

RUT:

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA NOTIFICACIÓN:

HORA NOTIFICACIÓN:

FIRMA