**CERTIFICADO DE TRATAMIENTO**

N° FOLIO: \_\_00000\_\_\_\_\_

Fecha Emisión Certificado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Identificación del Inmueble Tratado** |
|  |
| Nombre del Inmueble tratado: |   |
|  |  |
| Dirección: |  | Comuna: |  |
|  |  |
| Dirección del propietario: | Comuna: |  |
|  |  |
| Rut del Propietario: |  |
| > |
| Entidad o persona que solicita el servicio | : |  |

|  |
| --- |
|  **DIAGNOSTICO** |
| Identificación de la plaga: |
| Producto a utilizar: |
| Plan de aplicación: |

|  |  |
| --- | --- |
| **TRATAMIENTOS** |  |
| Tratamiento realizado | Producto | N° de registro | Formulación | Dosis | Concentración | Lugares tratados |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| En el caso de desratizaciones: |
| Número de cebos | Tipo de Cebos | Peso de Cebos | Fecha Inicio Tratamiento | Fecha Término Tratamiento |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Observaciones: |

|  |
| --- |
| Recomendaciones: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fecha Inicio Tratamiento | : |  |
|  |  |  |
| Término de Vigencia Tratamiento | : |  |

***NOTA IMPORTANTE: La presente propuesta son los contenidos mínimos que debe tener un certificado de tratamiento emitido por una empresa aplicadora de pesticidas de uso sanitario y doméstico AUTORIZADA***