

**FORMULARIO TIPO DE NOTIFICACIÓN DE APLICACIONES DE PLAGUICIDAS**  
**Art. 83, D. S. 157/2005, Lugares de uso público, naves, aeronaves, establecimientos de salud y educacionales entre otros.**

| <b>I) DE LA EMPRESA APLICADORA</b>  |                                     |  |   |              |                     |
|---|-------------------------------------|--|---|--------------|---------------------|
| RAZÓN SOCIAL:   |                                     |  |   |              |                     |
| RUT DE LA EMPRESA:  |                                     |  |   |              |                     |
| REPRESENTANTE LEGAL   |                                     |  |   | RUN:         |                     |
| DIRECCIÓN:  |                                     |  |   |              |                     |
| COMUNA:   |                                     |  |   | REGIÓN:      |                     |
| N° Y FECHA RESOLUCIÓN SANITARIA:  |                                     |  |   |              |                     |
| CORREO ELECTRÓNICO:   |                                     |  |   |              |                     |
| TELÉFONO CONTACTO:  |                                     |  | FAX:  |              |                     |
| REPRESENTANTE TÉCNICO:  |                                     |  |   |              |                     |
| <b>II) DE LA APLICACIÓN</b>   |                                     |  |   |              |                     |
| TIPO DE LUGAR A APLICAR:  |                                     |  |   |              |                     |
| LUGARES DE USO PÚBLICO <input type="checkbox"/>   | NAVES <input type="checkbox"/>      | AERONAVES <input type="checkbox"/>       | ESTABLEC. DE SALUD <input type="checkbox"/> |              |                     |
| ESTABLEC. EDUCACIONAL <input type="checkbox"/>  | SALAS CUNA <input type="checkbox"/> | JARDIN INFANTIL <input type="checkbox"/> | HOGAR DE ANCIANOS <input type="checkbox"/>  |              |                     |
| HOGAR DE MENORES. <input type="checkbox"/>  | OTRO <input type="checkbox"/>       | CUÁL?                                    |   |              |                     |
| SUPERFICIE DEL LUGAR EN m² :  |                                     |  | ha:   |              |                     |
| N° DE APLICACIONES EN EL AÑO:   |                                     |  |   |              |                     |
| NOMBRE DEL CONTRATANTE:   |                                     |  |   |              |                     |
| DIRECCIÓN CONTRATANTE:  |                                     |  |   |              |                     |
| RUN CONTRATANTE:  |                                     |  | TELÉFONO CONTACTO:                          |              |                     |
| COMUNA:   |                                     |  | REGIÓN                                      |              |                     |
| PLAGA A CONTROLAR:  |                                     |  |   |              |                     |
| NOMBRE COMERCIAL DEL PRODUCTO   |                                     |  | INGREDIENTE ACTIVO DEL PRODUCTO             |              |                     |
| DOSIS ( cantidad por unidad de volumen EJ: Kg/m3):  |                                     |  |   |              |                     |
| FECHA DE LA APLICACIÓN:   |                                     | HORA INICIO:                             |   | HORA TÉRMINO |                     |
| INDIQUE NÓMINA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL A UTILIZAR EN LA APLICACIÓN:                               |                                     |  |   |              |                     |
| INDIQUE LA EXISTENCIA DE VECINOS O OTROS ESTABLECIMIENTOS COLINDANTES AL RECINTO A TRATAR, SEGÚN CORRESPONDA: |                                     |  |   |              |                     |
| Casas habitación  | Escuelas /jardines                  | Establecimientos de salud                | Fuentes de agua                             | Industrias   | Otros(especificar): |
|   |                                     |  |   |              |                     |
| AVISO A LOS ENCARGADOS DE DICHOS ESTABLECIMIENTOS, MEDIANTE VOLANTE:  |                                     |  |   | SI           | NO                  |
| FECHA EN QUE DIO AVISO A LA COMUNIDAD:  |                                     | UTILIZÓ OTROS MEDIOS DE AVISO            |   | FECHA:       |                     |
|   |                                     | ¿CUÁL?:                                  |   |              |                     |

|  |   |
|--|---|
|  | <b>III) UBICACIÓN DEL LUGAR DE APLICACIÓN (Explique con un croquis la ubicación del o los lugares de aplicación).</b> |
|  |   |

|  |  |                     |  |
|--|--|---------------------|--|
|  | INDICAR COORDENADAS GEOGRÁFICAS EN UTM, DEL LUGAR APLICAR: |                     |  |
|  | RESPONSABLE DE LA NOTIFICACIÓN                             |                     |  |
|  | RUN:   | CORREO ELECTRÓNICO: |  |
|  | FECHA NOTIFICACIÓN:  | HORA NOTIFICACIÓN:  |  |
|  | <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/><br><b>FIRMA</b>  |                     |  |

- El presente formulario debe ser remitido a [Cecilia.guinez@redsalud.gob.cl](mailto:Cecilia.guinez@redsalud.gob.cl) y [abdon.arevalo@redsalud.gob.cl](mailto:abdon.arevalo@redsalud.gob.cl), a lo menos con 5 días previa a la aplicación de plaguicidas.
- La autoridad sanitaria informa la recepción de la presente notificación a fin dar cumplimiento a la normativa vigente y que empresa realice la aplicación correspondiente.