

**AVISO DE TRATAMIENTO FITOSANITARIO AÉREO****COMUNICACIÓN N°:** expediente Resolución: AT-11/001/17 -N° : .**Fecha de inicio y prevista de finalización del tratamiento aéreo:**

Fecha Inicio: . Fecha Fin prevista: .

**Pista de vuelo utilizada y sus coordenadas:**

UTM X: / UTM Y:

**Hora de inicio prevista y de finalización del tratamiento aéreo:**

Hora Inicio: Hora Fin prevista:

**Referencias SIGPAC y Titular de las parcelas que van a ser objeto de tratamiento aéreo:**

Titular	T. Municipal	Políg	Parc.	Rec	Sup. (has)
SUPERFICIE TOTAL TRATADA: has					

**Nivel de presencia de plaga/enfermedad objeto del tratamiento previsto:**

plaga/enfermedad	Umbral de tratamiento (Reglamento P.I. arroz)	Nivel de presencia actual	Código RAIF de la E.C. utilizada

**Productos fitosanitarios que está previsto emplear y dosis:**

N° REGISTRO	Nombre comercial	Composición Materia Activa (%)	GASTO DE PRODUCTO		PLAZO DE SEGURIDAD (Días)
			Lts. Caldo/Ha.	Kgs. o Lts. de PC/Ha.	

\* El Técnico API del tratamiento no se responsabiliza de la aplicación de otro producto que no esté indicado en este cuadro.

**Técnico API de dicho tratamiento:**

Nombre y apellidos : / Teléfono:

DNI:

Fdo.: