**AVISO APLICACIÓN DE PLAGUICIDAS AGRÍCOLAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **LUGAR O DIRECCIÓN ESPECÍFICA DONDE SE APLICARÁ** |  |
| **FECHA DE LA APLICACIÓN** |  |
| **HORA DE APLICACIÓN** |  |
| **NOMBRE DEL PLAGUICIDA** |  |
| **TOXICIDAD DEL PLAGUICIDA** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE RESPONSABLE** |  |
| **RUN:** |  |
| **FONO:** |  |

**MARQUE CON UNA X EL CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO CON ATENCIÓN DURANTE LA APLICACIÓN, *Considere horarios de atención para marcar la casilla correspondiente***

|  |  |
| --- | --- |
|  | **CESFAM GULTRO, *lunes a viernes de: 08:00 a 24:00 hrs*** |
|  | **CESFAM OLIVAR ALTO, *todos los días, 24:00 hrs*** |
|  | **PSR OLIVAR BAJO, *lunes a viernes de: 08: a 17:00 hrs*** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma Responsable**

|  |
| --- |
| Una vez completo, remitir el Formulario vía mail a: **aplicacionplaguicida@saludolivar.cl**(\*)Se puede complementar con imagen de etiquetado del producto, de ser necesario se puede agregar mayor información respecto de lugares, fechas y horas. |