

SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD, INOCUIDAD Y CALIDAD AGROALIMENTARIA



COMITÉ ESTATAL DE SANIDAD ACUÍCOLA DE SINALOA, A. C.
ORGANISMO AUXILIAR DE SAGARPA



SOLICITUD PARA EL PERMISO DE SIEMBRA

FOLIO NO. FECHA

JUNTA LOCAL

NOMBRE DEL SOLICITANTE

PUESTO TELÉFONO

NOMBRE DE LA UNIDAD DE PRODUCCIÓN ACUÍCOLA

DOMICILIO FISCAL

RFC TELÉFONO Oficina Fax Celular Particular

CORREO ELECTRÓNICO

UBICACIÓN DE LA GRANJA

TIPO DE CULTIVO	INTENSIVO	SEMI-INTENSIVO	EXTENSIVO

ESPECIE <i>L. VANNAMEI</i>	CANTIDAD A SEMBRAR	CICLO	DENSIDAD	
			MÍNIMA	MÁXIMA

SUPERFICIE TOTAL A SEMBRAR

NUMERO DE ESTANQUES

PERÍODO DE SIEMBRA

PERIODO DE COSECHA

NOMBRE(S) DEL(OS) LABORATORIO(S) DE ORIGEN Y CANTIDAD			
LABORATORIOS	PL'S	LABORATORIOS	PL'S

NOTA: SE DEBERÁ ADJUNTAR:
 A) CROQUIS QUE INDIQUE LA UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA GRANJA CON COLINDANTES.
 B) DISTRIBUCIÓN DE ESTANQUES DONDE SE INDIQUE FUENTE(S) DE ABASTECIMIENTO Y DESCARGA(S).
 C) PROGRAMA DE SIEMBRA POR ESTANQUE.

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y FIRMA (CESASIN)