

RECETA FITOSANITARIA

 **CORRIENTES**
Ministerio de Producción

 Dirección de
Producción Vegetal

 **CPIAC**

RECETA NO
VALIDA

RECETA FITOSANITARIA * CAMPOS OBLIGATORIOS

NOMBRE Y APELLIDO o RAZON SOCIAL*: _____
DOMICILIO*: _____ LOCALIDAD*: _____
CULTIVO: _____ SUPERFICIE: _____

BARBECHO VEGETATIVO FLORACIÓN FRUCTIFICACIÓN COSECHA OTROS

PLANIFICACIÓN / DIAGNOSTICO

A	
B	
C	
D	

AUTORIZACIÓN DE COMPRA

	PRINCIPIO ACTIVO*	NOMBRE COMERCIAL*	CONCENTRACION*	CANTIDAD*
A				
B				
C				
D				

OBSERVACIONES: _____

INDICACIONES Debe indicarse: dosis (L/ha; Kg/ha; etc.) forma y momento de aplicación.

Lea íntegramente el marbete, el mismo contiene recomendaciones brindadas por el fabricante.
No estando presente el Técnico firmante al momento de la aplicación, el mismo no es responsable de accidentes, daños, perjuicios
y/o resultados insatisfactorios derivados del uso incorrecto del producto recomendado.

PERIODO DE VALIDEZ: días
Fecha de EMISION*: ____/____/____
Dirección del Asesor: _____ FIRMA y SELLO (Nombre y Apellido, M.P.)* _____

Fitosanitarios de venta controlada:
Productos **Banda Roja** y **Banda Amarilla**

**ORIGINAL:
COMPRADOR**

**DUPLICADO:
COMERCIO**

**TRIPLICADO:
PROFESIONAL**

RECETA FITOSANITARIA

 **CORRIENTES**
Ministerio de Producción

 Dirección de
Producción Vegetal

 **CPIAC**

RECETA NO
VALIDA

RECETA FITOSANITARIA * CAMPOS OBLIGATORIOS

NOMBRE Y APELLIDO o RAZON SOCIAL*: _____
DOMICILIO*: _____ LOCALIDAD*: _____
CULTIVO: _____ SUPERFICIE: _____
 BARBECHO VEGETATIVO FLORACIÓN FRUCTIFICACIÓN COSECHA OTROS

PLANIFICACIÓN / DIAGNOSTICO

A	
B	
C	
D	

AUTORIZACIÓN DE COMPRA

	PRINCIPIO ACTIVO*	NOMBRE COMERCIAL*	CONCENTRACION*	CANTIDAD*
A				
B				
C				
D				

OBSERVACIONES: _____

INDICACIONES Debe indicarse: dosis (L/ha; Kg/ha; etc.) forma y momento de aplicación.

Lea íntegramente el marbete, el mismo contiene recomendaciones brindadas por el fabricante.
No estando presente el Técnico firmante al momento de la aplicación, el mismo no es responsable de accidentes, daños, perjuicios
y/o resultados insatisfactorios derivados del uso incorrecto del producto recomendado.

PERIODO DE VALIDEZ: días
Fecha de EMISION*: ____/____/____
Dirección del Asesor: _____ FIRMA y SELLO (Nombre y Apellido, M.P.)* _____

**DATOS del
PRODUCTOR**

**DATOS del CULTIVO
y DIAGNÓSTICO**

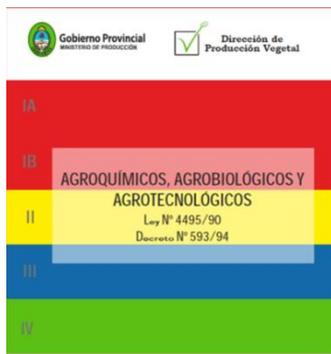
**DATOS del
FITOSANITARIO**

**INSTRUCCIONES para
el CORRECTO USO**

DATOS del PROFESIONAL

Distancias de aplicación

ZONAS URBANAS centros poblados reconocidos como Municipios o que cuenten con autoridad comunal, aunque sea a nivel de Comisión Vecinal.-



ZONA DE AMORTIGUACION

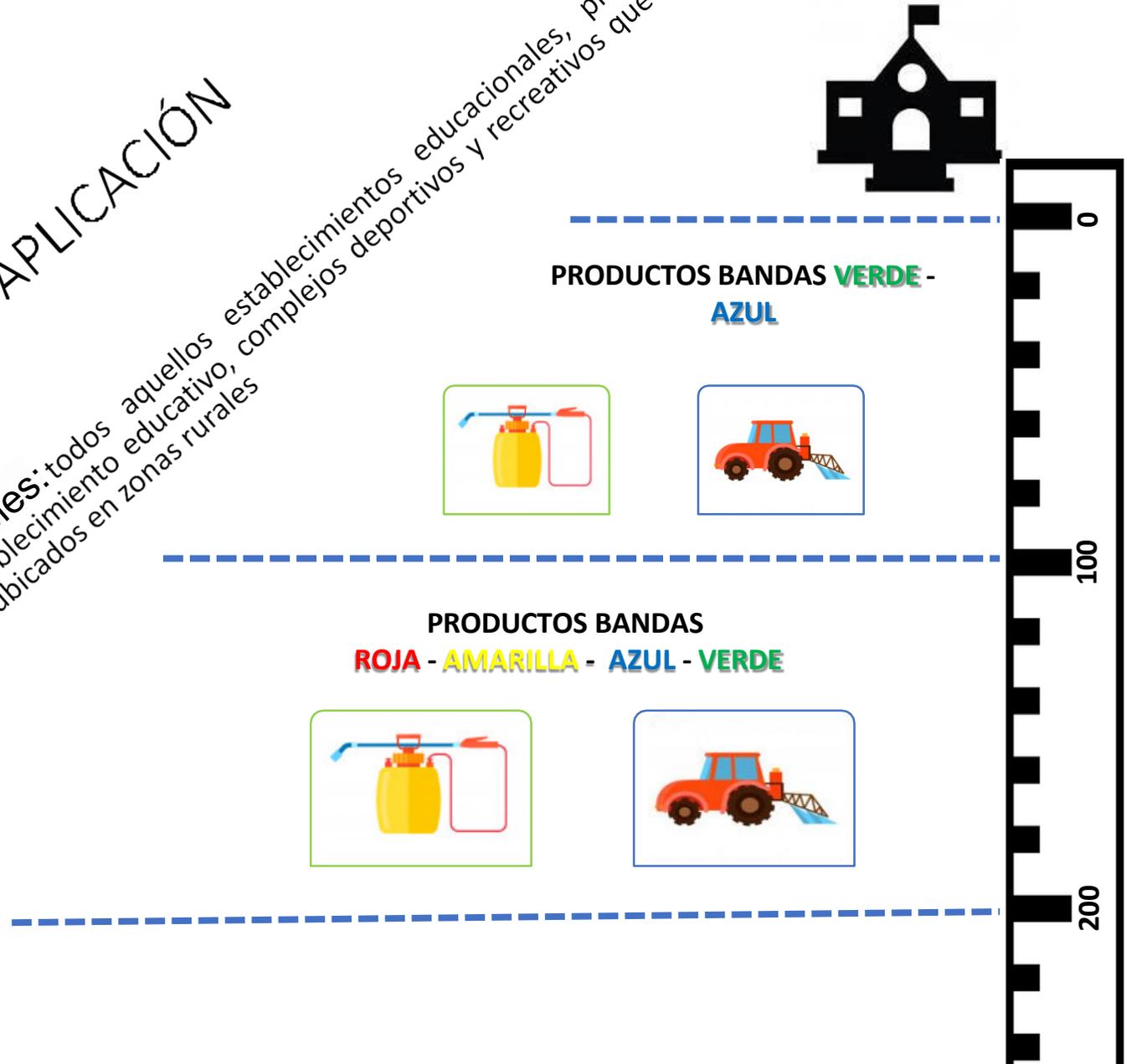
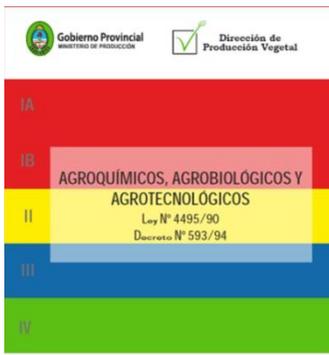


AEREOS



DISTANCIAS DE APLICACIÓN TERRESTRE

Zonas sensibles: todos aquellos establecimientos educacionales, predios anexos al establecimiento educativo, complejos deportivos y recreativos que se encuentren ubicados en zonas rurales



DISTANCIAS DE APLICACIÓN AÉREA

Zonas sensibles: todos aquellos establecimientos educativos, recreativos, deportivos y recreativos que se encuentran ubicados en zonas rurales anexas al establecimiento educativo, complejos deportivos y recreativos que se encuentran ubicados en zonas rurales

ZONA DE

AMORTIGUACION

PRODUCTOS BANDAS VERDE - AZUL



PRODUCTOS BANDAS

ROJA - AMARILLA - AZUL - VERDE

