

1. DATOS DEL OPERADOR

APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		NIF/CIF	
DOMICILIO (1)			
LOCALIDAD	MUNICIPIO	PROVINCIA	CP
TELÉFONO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	

(1) Domicilio a efectos de notificaciones.

2. DATOS CERTIFICACIÓN

NOMBRE DE LA ENTIDAD AUTORIZADA A LA QUE HA ENCOMENDADO EL CONTROL		CÓDIGO DE CONTROL	
ALCANCE DE CERTIFICACIÓN AFECTADO POR EL POSITIVO			
<input type="checkbox"/> A. Productos vegetales sin transformar	<input type="checkbox"/> D. Productos agrarios transformados para la alimentación humana		
<input type="checkbox"/> B. Animales vivos o productos animales sin transformar	<input type="checkbox"/> E. Productos agrarios transformados para la alimentación animal-piensos		
<input type="checkbox"/> C. Productos procedentes de acuicultura y algas	<input type="checkbox"/> F. Material de reproducción vegetativa y semillas para cultivo		
ACTIVIDAD (Especificar tipo de productos comercializados: productor vegetal y ganadero (especies), elaborador-transformador (productos venta), etc.)			

3. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

(Breve descripción del proceso que se ha llevado a cabo desde la detección del positivo inicial hasta la solicitud del dirimente)

INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA MUESTRA

Nº DE ACTA DE TOMA DE MUESTRA	TIPO DE ANÁLISIS	MÉTODO
LABORATORIO ANÁLISIS INICIAL	FECHA ANÁLISIS INICIAL	RESULTADO ANÁLISIS INICIAL
LABORATORIO ANÁLISIS CONTRADICTORIO	FECHA ANÁLISIS CONTRADICTORIO	RESULTADO ANÁLISIS CONTRADICTORIO
OBSERVACIONES		

Se deberá de adjuntar copia del acta de toma de muestra original y los boletines de análisis inicial y contradictorio.

4. SOLICITUD

NOMBRE Y APELLIDOS	NIF
Como representante de la entidad de certificación citada en el apartado 2 y en consecuencia de los hechos descritos en el apartado 3, SOLICITA la designación de un LABORATORIO OFICIAL para la realización del ANÁLISIS DIRIMENTE.	

En _____, a _____ de _____ de 20____.
(Firma)

(Nombre y Apellidos)

AL DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO AGRARIO DE CASTILLA Y LEÓN