

**INFORME
CONTROL DE PLAGAS
CIRCULAR N° 2761 B**

FECHA DE RECEPCIÓN:
ESTABLECIMIENTO

SI-xxxxx -D GESTALD, Rafaela (Provincia de Santa Fe) CP: Te/Fax: **03492-**

INFORME CORRESPONDE PROGRAMA DE ACTIVIDADES MIP DE FECHA: __/__/__

ROEDORES

En la fecha: __/__/__ Hora __:__ fueron recorridos los sectores externos de la Planta (Ver Croquis Plagas) y se constató lo siguiente: (tachar lo que no corresponda).

CASILLA/S N°: desde N__ hasta __ Roedores vivos / Roedores muertos.

Observaciones: No – Si se detecto presencia de roedor en las estaciones de siembra controladas.

Roedores vivos / Roedores muertos.

Observaciones: _____. Medida Correctiva: _____

Materia fecal: No - Si se encontró en ninguna estación ni en adyacencias.

Consumo de Cebos: En los cebaderos revisados no se observo consumo total ni parcial. Medida Correctiva: Ninguna.

INSECTOS

SECTORES EXTERNOS:

En la fecha: __/__/__ Hora: __:__ se recorrió desde: _____. (Ver Croquis Plagas 1).

Observaciones: _____

Medida Correctiva: _____

SECTORES INTERNOS:

En la fecha: __/__/__ Hora: __:__ Se recorrió _____ (Ver Croquis Plagas 1),

Trampas de luz N° _____ Observaciones: _____

Medida Correctiva: _____

OTRAS PLAGAS

AREAS EXTERNAS Y ESPACIOS VERDES

En la fecha: __/__/__ Hora: __:__ Se recorrió áreas externas y espacios verdes de la planta: No se detectó presencia de basura, chatarra ni malezas.

Observaciones: _____

Medida Correctiva: _____

FECHA DE RECEPCIÓN: __/__/__

HERMETICIDAD

En la fecha: __/__/__ Hora __:__ Se recorrió el establecimiento y se constató lo siguiente: registrar las novedades y medidas correctivas tomadas.

Funcionamiento de cortinas de aire: Observaciones: Medida Correctiva: Ninguna.

Funcionamiento del cierre automático de puertas: Observaciones: Ninguna. Medida Correctiva: Ninguna

Funcionamiento de extractores de aire: Observaciones: Ninguna. Medida Correctiva: Ninguna

Funcionamiento de cierres sifónicos: Observaciones: Ninguna. Medida Correctiva: Ninguna

Estado de los Mosquiteros: Observaciones: Ninguna. Medida Correctiva: Ninguna

Mantenimiento de burletes y fuelles: Observaciones: Ninguna. Medida Correctiva: Ninguna

VERIFICACION

Con el objeto de verificar la veracidad de la información, se acompaña en la recorrida de la

fecha: __/__/__ Hora __:__ al responsable del control por los distintos puntos de aplicación.

De acuerdo a lo observado se considera que: ~~SI~~ / NO es necesario incrementar las actividades en los sectores identificados en el plano de referencia según se detalla

.....
Responsable del control

.....
V°B° Inspección Veterinaria