

**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 detectó 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 observó 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