

**Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales
Comisión Nacional Forestal**

**Anexo 2
Dictamen Técnico de Tratamientos Fitosanitarios**

Folio de la solicitud

Folio del programa*

*Esta información será agregada por personal de CONAFOR

Llena el siguiente formato de forma entendible y completamente, evita espacios en blanco, tachaduras y/o enmendaduras. Toda la información requerida es importante para la gestión de tu trámite; los conceptos marcados con este símbolo * son de carácter obligatorio de acuerdo con su personalidad jurídica, por lo que en caso de no proporcionarlos, no será posible dar trámite a tu solicitud.

1. Datos generales de la propiedad*

Nombre del terreno:			
Superficie forestal (ha):	Estado:	Municipio:	
¿El terreno cuenta con programa de Manejo Forestal Maderable vigente?:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿El programa de Manejo Forestal Maderable se encuentra en ejecución?:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿El terreno cuenta con apoyos del programa Pago por Servicios Ambientales?:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Plantación forestal mayor a 100 hectáreas?:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

2. Información del área sujeta a saneamiento

No. De bitácora de la notificación de Saneamiento:	Vigencia de la notificación:	DD		MM		AAAA
¿La solicitud fue presentada dentro del plazo establecido en los mecanismos?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No				
Nombre científico del agente causal de daño (Plaga o enfermedad):						
Nombre científico del hospedero (Árbol afectado)						
1.						
2.						
3.						
¿El saneamiento incluye a especies dentro de la NOM-059-SEMARNAT-2010?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre científico:				
¿El predio se encuentra en alguna área natural protegida?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre de la ANP:				

**Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales
Comisión Nacional Forestal**

2.1 Superficie y volumen a sanear*

Superficie solicitada (ha):	Monto solicitado (\$):
Volumen (mts.3 RTA) En caso que aplique:	Presenta shape file del área sujeta a sanear, de acuerdo a la notificación de saneamiento: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

3. Responsable técnico*

Nombre(s):	Primer apellido:
Segundo apellido (Opcional):	¿Cuenta con RFN?, anotar lo:

3.1. Cronograma de Actividades*

Actividad	Duración en meses											
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												

4. Comentarios o información adicional: condición de la plaga o enfermedad en el bosque

**Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales
Comisión Nacional Forestal**

5. Beneficiarios directos esperados*

Indica el número de personas que de forma individual o grupal, serán beneficiados en caso de otorgarse el apoyo:

Total	Número de hombres	Número de mujeres	De las personas físicas declaradas en el cuadro adjunto, especifica:			
			Número total de indígenas	Indígenas hombres	Indígenas mujeres	Grupo indígena

La persona solicitante declara bajo protesta de decir la verdad que:

1. Toda información manifestada ante la CONAFOR resulta cierta, y en su caso, los documentos presentados son copia fiel de su original.
2. Has leído y comprendido los alcances y efectos legales de esta solicitud de apoyos, por lo que es tu voluntad dar estricto cumplimiento a los requisitos y obligaciones que se deriven de la presente, en caso de resultar beneficiario del Programa Apoyos para el Desarrollo Forestal Sustentable.
3. No has sido sancionado por la comisión de delitos contra el medio ambiente y la gestión ambiental.
4. Tienes la libre y legal disposición del predio en el que pretendes aplicar el apoyo solicitado, sin estar pendiente ninguna resolución de cualquier litigio relacionado con la propiedad o posesión del mismo o cualquier conflicto legal.
5. No has sido sancionado con la cancelación de apoyos por parte de la CONAFOR en los cinco años anteriores a la fecha de presentación de esta solicitud.
6. No has recibido con anterioridad un apoyo para el mismo fin que el aquí solicitado de esta dependencia o de alguna otra que integra la Administración Pública Federal.
7. Estás de acuerdo en que los resultados de la asignación de apoyos se te den a conocer a través de la página de la CONAFOR.

Lugar y fecha de recepción:

**Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales
Comisión Nacional Forestal**

Firma del solicitante o su(s) representante(s) legal(es)

Nombre:	_____
Cargo:	
Nombre:	_____
Cargo:	
Nombre:	_____
Cargo:	
Sello de la persona moral (en caso de aplicar)	

Recibido por la institución.

(Persona que recibe la solicitud, revisa y coteja los documentos e información presentada)

Nombre:	_____
Cargo:	
Sello de recepción oficial en ventanilla	

**En caso de no saber firmar, imprime tu huella dactilar.

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa".
El personal adscrito a este programa está obligado a dar asesoría para el llenado de este formato. La asesoría y el formato son GRATUITOS.



Contacto:
Periférico Poniente #5360
Col. San Juan de Ocotán
Zapopan Jalisco. C.P. 45019
Tel. (33)3777 7000 y 01 800 7370 000

**Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales
Comisión Nacional Forestal**

Dictamen de factibilidad (Uso exclusivo de la Comisión Nacional Forestal)	Puntos
Por tipo de agente Causal	
Especies afectadas, que se encuentren dentro de la NOM- -059-SEMARNAT-2010	
Superficie de apoyo	
Criterio social	
Total:	
¿La solicitud se considera viable de apoyo, de conformidad con lo establecido en los mecanismos específicos en lo relativo a Tratamientos Fitosanitarios? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No 	
Motivo: 	

Dictaminó	
Nombre:	<hr style="width: 100%;"/> Firma
Gerencia Estatal de la CONAFOR en:	
Fecha de precalificación: DD MM AAAA	