ANEXO 2. FORMATOS TÉCNICOS DE LOS CONCEPTOS DE APOYO. PROTECCIÓN FORESTAL: BRIGADAS DE SANIDAD FORESTAL

Folio:	

Llene la siguiente información legible y completamente, evite espacios en blanco, tachaduras y/o enmendaduras. Toda la información requerida es importante para la gestión de su 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 su solicitud.

Fecha de presentación:		
I. INFORMACIÓN DE LA BRIGADA Y DE SUS INTEGRANTES		
1. El proyecto este formulado acorde al diagnóstico sanitario estatal: Si ( ) No ( )		
2.Nombre del solicitante:		
3. Nombre del representante legal:		
4. Municipios por atender:		
5. Meses: 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( )		
6. Cuenta con técnico: Si ( ) No ( ) Anotar Número R.F.N.		
7. Nombre del técnico forestal:		
8. Número de licencia de conducir:		Presenta CV: Si ( ) No ( )
Anotar los nombres de los 4 brigadistas	1	
	2	
	3	
	4	
9. ¿Hay participación de mujeres en la brigada? Si ( ) No ( )		
II DETERMINACIÓN DE LAS SUPERFICIES DE ATENCIÓN PRIORITARIAS		
Descripción de las áreas prioritarias a atender por agente causal (de conformidad con el mapa de riesgo de atención prioritaria establecido por la CONAFOR y el FIPRODEFO, y el diagnóstico sanitario estatal)		
Anotar las rutas de monitoreo establecidas, que deben estar ubicadas dentro de las zonas de riego muy alto y alto		
1		
2		
3		

4
5
6
7
8
9
10
De acuerdo a los meses aprobados, establecer la superficie comprendida a tratar en hectáreas al final de la operación, de conformidad con los criterios de rendimientos establecidos por la CONAFOR
Descripción de tratamientos y actividades de control

III PRENDAS DE PROTECCIÓN PERSONAL, EQUIPO Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Anotar una X las prendas y equipo a utilizar

☐	Camisolas color naranja	☐	Motosierra
☐	Pantalones de mezclilla	☐	Descortezadora
☐	Casco para brigadista con barbiquejo	☐	GPS con cámara fotográfica
☐	Guantes	☐	Vehículo
☐	Chaparreras	☐	Otros
☐	Casco para motosierrista con protector oídos y visera	☐	
☐	Traje de fumigación con máscara y filtros	☐	
☐	Botas de piel	☐	
☐		☐	
☐	Herramientas a utilizar (De conformidad con el proyecto presentado)		

	Productos a utilizar, de conformidad con los agentes causales contemplados a atender (Según el proyecto

IV NECESIDADES DE CAPACITACIÓN (marcar con una X)			
	Curso básico de plagas y enfermedades		Curso de manejo de GPS
	Curso de manejo de motosierra		Curso de primeros auxilios
	Curso introductorio a la operación de brigadas de sanidad		Otro

V CALENDARIO DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES (En caso de requerir mayor espacio, presentarlo como anexo)

	Meses del año											
Actividad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

El solicitante declara bajo protesta de decir verdad que:

1. Toda información manifestada ante el FIPRODEFO resulta cierta, y en su caso, los documentos presentados son copia fiel del original
2. Ha leído y comprendido los alcances y efectos legales de esta solicitud de apoyos, por lo que es su voluntad dar estricto cumplimiento a los requisitos y obligaciones que se deriven de la presente, en caso de resultar beneficiado de este programa.
3. No ha sido sancionado por la comisión de delitos contra el medio ambiente y la gestión ambiental.
4. Tiene la libre y legal disposición del predio en el que pretende 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 ha sido un beneficiario incumplido o sancionado con la cancelación de apoyos, y no tiene en su contra alguna acción legal por parte de alguna dependencia del gobierno estatal, antes de la presentación de esta solicitud.
6. Está de acuerdo en que los resultados de la asignación de apoyos se le den a conocer a través de la página de internet del FIPRODEFO.

Lugar y fecha de recepción:

Firma de la persona solicitante o su(s) representante(s) legal(es)		
Nombre		
Cargo:		Firma**
Nombre:		
Cargo:		Firma**
Nombre:		
Cargo:		Firma**

Recibido por la institución. (Persona que recibe la solicitud, revisa y coteja los documentos e información presentada)		
Nombre:		
Cargo:		Firma
		Sello de recepción en ventanilla

**En caso de no saber firmar, imprimir la huella dactilar del pulgar de la mano derecha