SEGURIDAD ALIMENTARIA

INFORME TRIMESTRAL DE PERSONAS DE CONTROL DE PLAGAS URBANAS Y APLICACIÓN DE PLAGUICIDAS

EMPRESA DESINFECCIÓN **DIRECCIÓN** **TELÉFONO** **FECHA**

FECHA	RAZON SOCIAL	DIRECCION	TELÉFONO	PLAGA TRAT	PLAGUICIDA UTILIZADO	CONC.	Nº CERTIF	OBSERVACIONES

Asumo todas las responsabilidades que por mi función, correspondan.

Firma Y Sello Director Técnico

Nº Registro Municipal .