

**SOLICITUD DE HABILITACIÓN DE LABORATORIOS DE DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES PARA PLANTAS DE VIVERO DE VID Y/O SUS PARTES.**

**1. PROPIETARIO**

Nombre y Apellido o razón social.....

Domicilio ..... CP ..... Localidad ..... Provincia .....

Teléfono ..... Correo electrónico .....

**2. LABORATORIO**

Nombre del Laboratorio .....

Domicilio ..... CP ..... Localidad ..... Provincia .....

Teléfono ..... Correo electrónico .....

**3. PROFESIONALES RESPONSABLES**

**Jefe o Director Técnico**

(Adjuntar currículum vitae)

Nombre y Apellido ..... LE/LC/DNI N° .....

Domicilio ..... CP ..... Localidad ..... Provincia .....

Título profesional ..... Expedido por .....

Matricula Profesional N° .....

Teléfono ..... Correo electrónico .....

**4. INSTALACIONES**

Agregar fotocopia de plano o croquis a escala del laboratorio.

**ALCANCE DE HABILITACIÓN SOLICITADO**  
**(TIPOS DE ANÁLISIS A REALIZAR EN EL LABORATORIO)**

<b>Virus</b>	<b>Metodología de diagnóstico</b>	
GLRV-1, 2, 3 y 4	DAS-ELISA	
	RT-PCR	
	RT-qPCR	
GFLV	DAS-ELISA	
	RT-PCR	
	RT-qPCR	
GFkV	DAS-ELISA	
	RT-PCR	
GVA	DAS-ELISA	
	RT-PCR	

\_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Lugar y Fecha)

.....  
 Firma y Aclaración del Director Técnico

## TERMINO DE COMPROMISO

Quien suscribe ..... DNI .....

declaro asumir la entera responsabilidad técnica del Laboratorio de Análisis: .....

..... Nro. de Inscripción en el RNCyF: .....

Comprometiéndome a ejercer mi rol de Director Técnico y ejecutar las técnicas de análisis de acuerdo a lo estipulado en la Resolución Nro. 743/23 y en cualquier directiva emanada por el INSTITUTO NACIONAL DE SEMILLAS. El presente término de compromiso expira en el momento en que la Dirección de Calidad del INSTITUTO NACIONAL DE SEMILLAS reciba la Carta de Anulación por mí firmada y/o por parte del Responsable de la Empresa.

..... ; ..... de ..... de .....  
(Lugar y Fecha)

.....  
(Sello y firma del Director Técnico)

## LISTADO DE ANALISTAS

**Nombre del Laboratorio:**

Cantidad de Analistas autorizados para ejecutar las técnicas dentro del alcance de la habilitación:

Nombre	Capacitación recibida	Lugar y Fecha

Lugar: .....

Fecha: .....

.....  
(Sello y firma del Director Técnico)

**Nombre del Laboratorio:**

**DETALLE DEL EQUIPAMIENTO**

Equipo	Marca	Modelo	Capacidad *	Identificación interna del Laboratorio	Observación

\*de corresponder

..... ; ..... de ..... de .....  
(Lugar y Fecha)

.....  
(Sello y firma del Director Técnico)

## **DESIGNACIÓN DE REEMPLAZANTE AUTORIZADO**

Quien suscribe .....DNI .....  
en mi carácter de Director Técnico del Laboratorio de Análisis: .....  
..... Nro. de Inscripción en el RNCyF: .....  
designo como Reemplazante Autorizado a: .....  
DNI: ..... , declarando asumir la entera responsabilidad técnica por las tareas  
desarrolladas en el ejercicio de sus funciones.

Se adjunta curriculum vitae actualizado del autorizado para su aprobación y fotocopia de DNI.

La presente designación expira en el momento en que la Dirección de Calidad del INSTITUTO  
NACIONAL DE SEMILLAS reciba la Carta de Anulación por mí firmada y/o por parte del Responsable  
de la Empresa o por la finalización del ejercicio de mis funciones como Director Técnico.

..... ; ..... de ..... de .....  
(Lugar y Fecha)

.....  
(Sello y firma del Reemplazante Autorizado)

.....  
(Sello y firma del Director Técnico)