Por el presente instrumento, yo...................................................................., cédula de identidad Nº ........................... de nacionalidad ................................... con domicilio en ...................................................................................................................... Comuna de ......................................., declaro bajo juramento que yo o mi representado en caso de persona jurídica, daré fiel cumplimiento a las obligaciones establecidas como tercero autorizado para la ejecución de tratamientos y/o medidas fitosanitarias, establecidas en el Reglamento General, Convenio de Autorización, Reglamento Específico e Instructivos Técnicos correspondientes, cuando esté afecto a las siguientes incompatibilidades:

1. Persona jurídica autorizada que debe realizar acciones en el marco de su autorización, por sí mismo o a través de terceras personas, en caso que su representante legal, socios, directores, administradores, accionistas, gerentes o responsable técnico de la empresa, tenga un interés directo con la actividad autorizada.
2. Persona natural autorizada que debe ejecutar acciones en el marco de su autorización, cuando el solicitante de las acciones corresponde al cónyuge, conviviente civil, personas con un parentesco hasta cuarto grado de consanguinidad o afinidad colateral y tercer grado de consanguinidad o afinidad vertical.
3. Otras incompatibilidades previstas en los instructivos técnicos.

En caso de incumplir alguna de las obligaciones establecidas en el Reglamento General, Convenio de Autorización, Reglamento Específico e Instructivos Técnicos correspondientes, aceptaré la revocación de mi autorización.

El detalle del tratamiento y/o medida fitosanitaria que se aplicará en el artículo reglamentado sobre el cual tengo interés directo es el siguiente:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Artículo reglamentado | Lote o número de identificación | Cantidad, masa o volumen | Tratamiento y/o medida fitosanitaria | Incompatibilidad a la cual estoy afecto (a, b o c) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

………………………………………………………………………

Firma postulante o representante legal

Fecha, …………………………………………….