

**FORMULARIO N° 27****SOLICITUD PARA CERTIFICADO OFICIAL DE INTERNAMIENTO
TEMPORAL PARA PRODUCTOS PESQUEROS Y ACUÍCOLAS
IMPORTADOS O QUE REINGRESAN AL PAÍS**

Encabezado o logotipo del Solicitante:

Lugar y Fecha: _____ / ____ / ____

Señores:

ORGANISMO NACIONAL DE SANIDAD PESQUERA (SANIPES)
DIRECCION DE HABILITACIONES Y CERTIFICACIONES PESQUERAS Y ACUICOLAS**ATENCION:**_____
NOMBRE DEL FUNCIONARIO DE LA SUBDIRECCION DE CERTIFICACIONES PESQUERAS Y ACUICOLAS
DEL ORGANISMO NACIONAL DE SANIDAD PESQUERA (SANIPES)**REFERENCIA:** CERTIFICADO INTERNAMIENTO DE _____
(INDICAR PRODUCTO)(*) PROCEDENTE DE _____
(INDICAR PAIS DE PROCEDENCIA)**DE NUESTRA CONSIDERACIÓN:**

Por medio de la presente solicitamos la emisión del Certificado de Internamiento para un lote de (indicar producto) destinado a _____ con los siguientes datos:

1. SOLICITANTE/IMPORTADOR:
2. DIRECCIÓN:
3. PRODUCTO:
4. PRODUCTOR:
5. NRO. DE REGISTRO SANITARIO:
6. CANTIDAD/Nº DE BULTOS:
7. TIPO DE EMBALAJE:
8. PESO BRUTO:
9. PESO NETO:
10. PAÍS DE ORIGEN (PAÍS DE PRODUCCIÓN):
11. PAÍS DE PROCEDENCIA (PAÍS DE EMBARQUE):
12. LUGAR DE EMBARQUE:
13. PUNTO FRONTERIZO DE INGRESO AL PAÍS:
14. LUGAR DE DESTINO:
15. MEDIO DE TRANSPORTE:
16. EXPEDIDOR:
17. FECHA DE ARRIBO:

18. REFERENCIA DEL EMBARQUE:

(Identificación del lote/ Numero de documento de transporte / factura / Nro. de Certificado Sanitario de origen))

19. MODELO (S) DE CERTIFICADO (S) SOLICITADO(S):

(*) EN CASO DE SER PRODUCTO RETORNADO LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS SON OBLIGATORIOS:

20. MOTIVO DEL RETORNO:

21. NRO. DE CERTIFICADO SANITARIO EMITIDO POR SANIPES (CUANDO CORRESPONDA):

22. NRO. DE EXPEDIENTE PARA TRÁMITE DE CERTIFICADO SANITARIO DE EXPORTACIÓN (CUANDO CORRESPONDA): _____

23. LABORATORIO O ENTIDAD QUE REALIZO EL TRÁMITE DE EXPORTACIÓN (CUANDO CORRESPONDA): _____

DATOS PARA INSPECCIÓN DEL PRODUCTO RETORNADO:

HORA DE INSPECCIÓN DEL PRODUCTO:

(LA HORA DEBE SER CONFIRMADA Y COORDINADA CON LA SUB DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN PESQUERA O ACUÍCOLA SEGÚN CORRESPONDA).

LA INSPECCIÓN SERÁ LLEVADA A CABO EN EL MOMENTO DEL ARRIBO EN EL PUNTO FRONTERIZO DEL INGRESO AL PAÍS INDICADO EN LOS DATOS ANTERIORES.

PERSONA CONTACTO:

NRO. DE CONTACTO PARA COORDINAR INSPECCIÓN:

INFORMACIÓN SOBRE PAGO DE DERECHO DE TRAMITACIÓN (COMPLETAR, EN CASO CORRESPONDA):

Número de recibo de pago:
Fecha de recibo de pago:

Atentamente,

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO

NOMBRE Y Nº DE DNI:

NOTA: LA SOLICITUD DEL EXPEDIENTE ES VALIDA PARA UN SOLO EMBARQUE