

**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:



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

**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:**

ATENTAMENTE,

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO

NOMBRE Y N° DE DNI:

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