

3. EXPERIENCIA EN EL ÁREA.

Actividad desarrollada	Período (mes/año)	Detalle del tipo de servicio prestado

3. EQUIPAMIENTO BASICO

Cuenta con equipo de buceo

Si

No

Cantidad

Cuenta con compresor

Si

No

Cantidad

Cuenta con vehículo propio

Si

No

Cantidad

Cuenta con fotografía/video

Si

No

Cantidad

4. INDICAR UNA O MAS REGIONES EN LAS QUE PRESTARÁ SERVICIOS DE CERTIFICACIÓN.

ARICA Y PARINACOTA	<input type="checkbox"/>	MAULE	<input type="checkbox"/>
TARAPACÁ	<input type="checkbox"/>	BIO BIO	<input type="checkbox"/>
ANTOFAGASTA	<input type="checkbox"/>	ARAUCANÍA	<input type="checkbox"/>
ATACAMA	<input type="checkbox"/>	LOS RIOS	<input type="checkbox"/>
COQUIMBO	<input type="checkbox"/>	LOS LAGOS	<input type="checkbox"/>
VALPARAISO	<input type="checkbox"/>	AYSEN	<input type="checkbox"/>
O´ HIGGINS	<input type="checkbox"/>	MAGALLANES	<input type="checkbox"/>
TODAS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. COMPROMISO (Declaración jurada simple)

La entidad postulante a la que represento, cumple con todos los requisitos y condiciones establecidas por la Ley N° 20.925, sus reglamentos y norma técnica respectiva, para ser entidad de certificación de la ley de bonificación al repoblamiento y cultivo de algas.

La entidad postulante a la que represento, tiene total conocimiento de las obligaciones y deberes establecidos por la Ley N° 20.925, su reglamento y norma técnica respectiva, y se compromete al fiel cumplimiento de éstas mientras se encuentre inscrita como entidad de certificación

A la entidad postulante a la que represento, no le afectan las inhabilidades establecidas en el artículo 15 letra d) del D.S. (MINECON) N° 165 de 2016

Que la persona natural o jurídica que solicita la inscripción en el Registro de Certificadores no presenta las inhabilidades señaladas en el Art. 15 letra d) del D.S. (MINECON) N° 165 de 2016

Formulo la presente declaración para solicitar la inscripción ante el FAP en el registro de entidades de certificación de bonificación al repoblamiento y cultivo de algas.

FIRMA

FECHA: _____

Para uso exclusivo de funcionario SUBPESCA- FAP.

Nombre del funcionario que recibe la solicitud _____

fecha de recepción de la solicitud _____

fecha de envío a las oficinas nacionales del FAP _____