ANEXO IV

**PLANO DE TRABALHO**

|  |
| --- |
| Responsável pela execução das atividades de campo em atendimento à legislação fitossanitária (especificar):🞏Cooperado 🞏Produtor de Semente 🞏Instituição de Pesquisa: |
| NOME/RAZÃO SOCIAL: |
| CPF/CNPJ: | Fone: |
| Propriedade: | Município: |
| **1 - PROGRAMA** |
| Finalidade:🞏Pesquisa 🞏Produção de Semente 🞏Outros (especificar): |
| Objetivo: |
| Responsável Técnico (do Produtor/Instituição de pesquisa):  | Crea: |
| Fone: |
| **2 – DESCRIÇÃO DO PROJETO** |
| Período de execução (data):início término |
| Sistema de plantio: Direto Convencional Mínimo outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Área de plantio (ha): | Época de semeadura (data): |
| Tratamento de sementes (produtos utilizados / dosagem): |
| Modo de Aplicação de Defensivos: Aérea Terrestre |
| Cultivares: |
| **3 – CRONOGRAMA DE APLICAÇÃO DE INSETICIDAS** |
| Cultivar | Área (ha) | Data (provável) |  | Cultivar | Área (ha) | Data (provável) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Total Geral | Área (ha): |
| **4 – DETALHAMENTO DAS MEDIDAS FITOSSANITÁRIAS A SEREM ADOTADAS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DO BICUDO DO ALGODOEIRO** |
| Atividade | Especificação |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **5 - TERMO DE COMPROMISSO** |
|  Declaro, para os devidos fins, o compromisso com a IN n° \_\_\_\_\_/\_\_\_\_ da Agencia de Defesa Agropecuária do Estado do Tocantins – ADAPEC/TOCANTINS, que dispõe sobre as medidas fitossanitárias para o controle do Bicudo do Algodoeiro, ainda estar ciente de que o não cumprimento resultará na execução dos procedimentos legais cabíveis. Pede deferimento.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome Completo Responsável pelas atividades de campo (Em atendimento a legislação fitossanitária vigente)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Local e Data  |
| **6 - APROVAÇÃO** |
| ( ) Deferido( ) Indeferido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Local e Data Assinatura/Carimbo do Agente Fiscal |
|  |