



Laboratorios
Agroalimentario
y Fitopatológico

SOLICITUD DE DIAGNÓSTICO: PLAGAS/BACTERIAS Y HONGOS EN CULTIVOS

A cumplimentar por el laboratorio:

Recibido por:

Fecha: ____/____/____

DATOS DEL CLIENTE

H-RECEP-26, Rev 1_03/2022

Apellidos y nombre/Empresa:	<input type="text"/>	NIF/CIF:	<input type="text"/>
Dirección:	<input type="text"/>	CP:	<input type="text"/>
Población:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>
Correo electrónico:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Solicito envío del informe analítico por correo electrónico y acepto que estos no sean encriptados	

INFORMACIÓN DE LAS MUESTRAS A ANALIZAR

Código Laboratorio	Ensayos solicitados (*)	Identificación	Cultivo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATOS DE LA PARCELA	Municipio: <input type="text"/>	Polígono: <input type="text"/>	Parcela: <input type="text"/>
		Recinto: <input type="text"/>	

Código Laboratorio	Ensayos solicitados (*)	Identificación	Cultivo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATOS DE LA PARCELA	Municipio: <input type="text"/>	Polígono: <input type="text"/>	Parcela: <input type="text"/>
		Recinto: <input type="text"/>	

Código Laboratorio	Ensayos solicitados (*)	Identificación	Cultivo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATOS DE LA PARCELA	Municipio: <input type="text"/>	Polígono: <input type="text"/>	Parcela: <input type="text"/>
		Recinto: <input type="text"/>	

Código Laboratorio	Ensayos solicitados (*)	Identificación	Cultivo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATOS DE LA PARCELA	Municipio: <input type="text"/>	Polígono: <input type="text"/>	Parcela: <input type="text"/>
		Recinto: <input type="text"/>	

Código Laboratorio	Ensayos solicitados (*)	Identificación	Cultivo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATOS DE LA PARCELA	Municipio: <input type="text"/>	Polígono: <input type="text"/>	Parcela: <input type="text"/>
		Recinto: <input type="text"/>	

(*) Especifique el código de análisis incluidos en el Catálogo de Servicios que puede consultar en la oficina de Recepción de Muestras de los laboratorios o en el siguiente enlace: [Catálogo de Servicios](#)

Para cualquier duda contacte con el Laboratorio Agroalimentario. Ctra. General del Norte, km 7.2 Cardones 35415 Arucas.

El horario de recepción de muestras y atención al cliente es de 8:00 a 13:30 de lunes a viernes. Tlfnos: 928 219 648/649

CRITERIOS DE ACEPTACIÓN Y RECHAZO DE MUESTRAS DE PARA DIANÓSTICO FITOPATOLÓGICO

La forma de obtener y conservar las muestra de plantas y suelos para un diagnóstico fitopatológico condicionan seriamente el éxito en el aislamiento y posterior identificación de los posibles patógenos presentes en un cultivo.

Si no conoce qué parte de la planta y qué procedimiento debe seguir para obtener una muestra puede consultar el siguiente documento: [Guía de toma de muestras](#) o solicitar cita previa en los teléfonos 928 21 96 48 – 49 de lunes a viernes de 8:00 a 13:30 horas. En horario de verano (Julio – Septiembre) de 8:00 a 13:00 horas.

No serán aceptadas muestras de plantas con pudriciones o necrosis extendidas, dañadas mecánicamente. Tampoco se aceptarán muestras que vengan sin identificación, en envoltorios con roturas o con malas condiciones higiénicas.

La comprobación del estado de la muestra puede que no se realice a la entrada o registro de ésta en el laboratorio, por lo que la decisión de rechazo de la misma puede ser posterior a dicho registro, hecho que será comunicado al cliente por teléfono y si en un plazo de 24 horas, no es retirada por el interesado, será destruida.

Dirección y horario de recepción de muestras

Ctra. General del Norte, km 7.2 Cardones 35415 Arucas. De 8:00 a 13:30 de lunes a viernes. En horario de verano (Julio – Septiembre) de 8:00 a 13:00 horas Teléfonos: 928 219 648 / 649

ENSAYOS ANALÍTICOS

Parámetro	Método analítico	Procedimiento interno
Hongos	Identificación morfológica – microscopía	PNT-HON.04
Oomicetos	Identificación morfológica – microscopía	PNT-HON.04
Plagas	Desarrollador/Identificación morfológica – microscopía	PNT-PLG.01
Bacterias	ELISA/PCR/Pruebas bioquímicas	PNT-BAC.01

Consentimiento de uso de datos personales: En cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos de Carácter Personal y Derechos Digitales le comunicamos que el Responsable del tratamiento de los datos recogidos en este formulario es el Cabildo de Gran Canaria, P3500001G, c/ Bravo Murillo, nº 23; 35003 Las Palmas de Gran Canaria. El interesado da su consentimiento (art. 6.1.a RGPD) al Servicio de Laboratorios Agroalimentario y Fitopatológico para el envío de comunicaciones al mismo, incluyendo medios electrónicos. No están previstas cesiones de datos a terceros ni su transferencia internacional. El interesado puede solicitar el acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, así como la limitación u oposición a su tratamiento enviando un correo a dpd@grancanaria.com. Puede consultar la información adicional en <https://cabildo.grancanaria.com/proteccion-de-datos>).

El solicitante acepta las normas de recepción de muestras del Laboratorio y queda informado y da su consentimiento del uso de datos personales

Conformidad del Solicitante

(Firma)

RETIRADA DE INFORMES

Apellidos y nombre: NIF:
Código muestras retiradas: Fecha:

(Firma)