\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del \_\_\_\_\_\_

 (Ciudad y fecha)

**Señor/a**

**Director/a de Laboratorios**

**Presente**

**Ref.: Dpto. de Laboratorio de Semillas y Calidad Vegetal – DLSyCV**

#

Me dirijo a usted y por su intermedio a quienes corresponda, a fin de solicitar el servicio detallado a continuación y presentar la información correspondiente para el caso,

|  |
| --- |
| ***Servicio solicitado*** |
| Capacitación para Responsable Técnico (RT) |  |
| Capacitación para Analista de Semillas  |  |

 *Marque el servicio solicitado*

|  |
| --- |
| ***Datos del solicitante*** |
| Nombre y Apellido: |  |
| C.I. N°: |  |
| Dirección: |  |
| Departamento: |  |
| Teléfono: |  |
| Correo electrónico: |  |

|  |
| --- |
|  ***Detalles del servicio solicitado***  |
| Análisis de especies: |  |
| Alcance de técnicas: | Pureza Física |  |
| Germinación |  |
| Determinación de Humedad |  |
| Identificación de otras semillas en número |  |
| Viabilidad por tetrazolio |  |
| Vigor por tetrazolio |  |
| Test de envejecimiento acelerado |  |
| Otras técnicas: |  |
|  *Marque el alcance solicitado* |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Fecha de entrenamiento:*** |  |
| ***Observaciones*** |
|  |

Atentamente.

**Firma y Aclaración del Solicitante**