FORMULARIO PARA PETICIÓN DE CEPAS Y CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD

Datos del solicitante

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Giro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Código CCCT** | **Nombre de la cepa** | **Cantidad** | **Presentación**  (Cultivo fresco o liofilizado) |
|  |  | 01 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Yo, Nombre Apellido, Cargo e Institución, afirmo que cuento con la formación profesional requerida y necesaria para trabajar con el microorganismo *nombre* código CCCT. Además, cuento con la infraestructura adecuada para desarrollar con seguridad biológica actividades de investigación y docencia con dicha cepa de microorganismo.**

**Finalmente, me comprometo a no distribuir a terceros dicha cepa de microorganismo sin la autorización previa por escrito de la Colección CCCT/UFRO.**

**Datos envío del microorganismo:**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección/Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha del pedido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma Solicitante**