**Solicitud para Transferencia de Parcela**

* **Utilice este formulario para transferir una parcela certificada de una operación certificada por CCOF a otra operación certificada por CCOF.** Complete copias adicionales de este formulario para cada parcela que se transfiera.
* **Envíe este formulario completo y los documentos solicitados a** **inbox@ccof.org** **en el plazo de un mes a partir de la fecha de la transferencia. Debido a la restricción de un mes, no lo entregue en la inspección.** Si ha pasado más de un mes desde la fecha de transferencia, este formulario no aplica; **en su lugar, complete una** [**Solicitud de Parcela**](https://www.ccof.org/es/resource/solicitud-de-parcela) **y consulte nuestras** [**Instrucciones para Agregar**](https://www.ccof.org/es/resource/instrucciones-para-agregar-terreno-nuevo) **parcelas para más detalles.**
* **Nuevo responsable de la parcela:**
* No puede vender cultivos cosechados de la parcela como orgánicos hasta que la parcela y los cultivos aparezcan en su Perfil de Cliente CCOF.
* Debe mantener un manejo orgánico continuo de la parcela, incluyendo un plan de fertilidad que cumpla con NOP § 205.203.
* Se le facturará una tarifa por cada transferencia de parcela, tal y como se describe en el **[Manual del Programa de Servicios de Certificación](https://www.ccof.org/es/resource/manual-de-ccof-del-programa-de-servicios-de-certificacion)**[.](https://www.ccof.org/es/resource/manual-de-ccof-del-programa-de-servicios-de-certificacion)
* La parcela debe ser inspeccionada dentro del año natural en curso. Si no se ha realizado una inspección este año bajo el gerente anterior, se requiere una inspección este año y puede necesitar una inspección adicional.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Fecha de Transferencia:** M:
 |  | D: |  | Y: |  |

*Fecha en la que el nuevo responsable tomó el control de la parcela del responsable anterior (por ejemplo, fecha de entrada en vigor del contrato de arrendamiento, fecha de venta).*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Superficie que será transferida: |  | S/T/R, APN, coordenadas geográficas o similar: |  |
| Dirección Física/Ubicación/Cuidad: |  |

1. **Prueba de Certificación:** Adjunte los dos documentos siguientes.

**[ ]  Perfil de Cliente CCOF del gerente anterior.** Rodee con un círculo o resalte la parcela específica que se transfiere.

**[ ]  Mapa actual.** Utilice nuestra [Guía para crear mapas](https://www.ccof.org/es/resource/guia-para-crear-mapas) de parcelas para asegurarse de que se incluye toda la información requerida.Si la superficie en el mapa no coincide con lo que aparece en el perfil de cliente, por favor explique:

|  |
| --- |
|  |

1. **Para ser completado por el Gerente Anterior:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la Operación: |  | Código de Cliente: |  |
| Nombre de Parcela/Código Interno: |  |
| Fecha de la última inspección: |  |
| Cultivo(s)crecidos anteriormente, con los acres específicos de **cada** cultivo:  |
|  |
| Declaro que, a mi leal saber y entender, la información de este formulario es correcta y que no se han aplicado materiales prohibidos (según se definen en la normativa NOP) a esta parcela. Mi firma a continuación confirma que mi operación renuncia a la certificación de la parcela indicada anteriormente, con efecto a partir de la fecha de transferencia indicada arriba: |
|  |  |  |
| **Nombre** | **Firma** | **Fecha** |

1. **Para ser completado por el Nuevo Gerente:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la Operación: |  | Código de Cliente: |  |
| Nombre de Parcela/Código Interno: |  |
| Cultivo(s) que se van a crecer, con los acres específicos de **cada** cultivo:  |
|  |
| Declaro que, a mi leal saber y entender, la información de este formulario es correcta y que no se han aplicado materiales prohibidos (según se definen en la normativa NOP). Entiendo que si no se ha realizado una inspección de esta parcela este año bajo la gestión anterior, esta parcela requerirá una inspección, lo que puede dar lugar a una inspección adicional para mi operación. |
|  |  |  |
| **Nombre** | **Firma** | **Fecha** |