Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación

Dirección de Fitozoogenética y Recursos Nativos
Departamento de Registro Genealógico

FORMULARIO DE CERTIFICADO DE MONTA O INSEMINACIÓN DE GANADO BOVINO Y EQUINO

Con base en lo que establece el Decreto Ley 461-67, Reglamento para el Registro Genealógico Acuerdo Gubernativo Registro Genealógico de Ganado Equino, 1 marzo 1971.

Guatemala _____ de_____ de 20_____

El suscrito criador/propietario actual del semental/ Técnico inseminador o Médico Veterinario Colegiado Activo

_____, CERTIFICA que

con fecha _____ de_____ del _____ dió servicio

de monta natural ( ); inseminación artificial ( ) a la hembra especie _____

Raza _____ nombre completo de la hembra_____

_____

y número de Registro Genealógico. _____ nombre completo del semental _____

_____

y número de Registro Genealógico _____ o Registro Genealógico de Asociación

Internacionalmente Reconocida_____

Se deberá Adjuntar los siguientes requisitos:

No.	Documento a presentar	Sección exclusiva analistas DRGG (no llenar)
1	Formulario DFRN-02-R-009 debidamente lleno	
2	Adjuntar catálogo y genealogía del semen importado	
3	Copia del Colegiado Activo (si aplica)	
4	Timbre de Médico Veterinario (si aplica)	
5	Copia de DPI del Técnico inseminador (si aplica)	
6	Copia del DPI del propietario del semental (en el caso de monta natural, cuando el ejemplar sea externo de la finca) (si aplica).	

Nota: el presente expediente deberá ser presentado en folder con gancho en el orden indicado, caso contrario no se recibirá.

AVISO: el presente formulario deberá ser entregado sin tachones, borrones, alteraciones, tampoco hacer uso de corrector, ya que será rechazado de inmediato.

Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación

Dirección de Fitozoogenética y Recursos Nativos
Departamento de Registro Genealógico

Declaro que la información correspondiente a la presente solicitud está bajo la responsabilidad del Criador.

_____

El suscrito criador/propietario actual del semental/

Técnico inseminador o Médico Veterinario Colegiado Activo*

***** Adjuntar Timbre Médico Veterinario (cuando el caso lo amerite).**

_____

Lugar y fecha de expedido