



**DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE ARIZONA**  
**División de Servicio Ambiental**  
**VERIFICACION DE ENTRENAMIENTO**



**CONVENIO DE PROVEEDOR DE ENTRENAMIENTO**  
**NORMA DE PROTECCION PARA EL TRABAJADOR**

**Estoy de acuerdo en entregar Tarjetas de Verificación de Entrenamiento en Seguridad de Pesticidas de la Agencia de Protección Ambiental (EPA) solamente a trabajadores agrícolas y/o manejadores que hayan cumplido enteramente con los siguientes requisitos:**

1. a. Completaré exitosamente, el programa de entrenamiento establecido por el Departamento de Agricultura de Arizona (ADA) en la seguridad de pesticidas establecido en subdivisión R3-3-1003(D)(1) - (D)(3); o  
 b. Poseeré una licencia actual de Asesor en el Control de Plagas (PCA) o una certificación para el uso de pesticidas restringidos, emitida por el Departamento de Agricultura de Arizona (ADA) como está establecido bajo R3-3-207 o R3-3-208.  
 (En Arizona, esto es solamente permitido una (1) vez y es válido por un (1) año – se vence con la licencia/ certificación)
2. Usaré materiales de entrenamiento que contengan la información requerida en la Norma Federal de Protección al Trabajador (40 CFR, Parte 170.130 y 170.230) y los reglamentos estatales.
3. Entregaré Tarjetas de Verificación de Entrenamiento de EPA solamente a Trabajadores y Manejadores quienes hayan sido entrenados por mí de acuerdo a los reglamentos contenidos en la Norma Federal de Protección para el Trabajador (40 CFR, Parte 170.130 y 170.230) y los reglamentos estatales; esto lo haré inmediatamente después de completar el entrenamiento.
4. Mantendré un registro (en tinta imborrable) por cada entrenamiento que lleve a cabo. Este contendrá el nombre y firma de cada Trabajador ó Manejador entrenado, número de la tarjeta de verificación de entrenamiento y la fecha de emisión y de vencimiento de esta misma, seguro social ó número de identificación exclusivamente asignado por mí al Trabajador ó Manejador y el domicilio ó ubicación donde se llevó a cabo el entrenamiento incluyendo la ciudad, condado y estado. Este registro incluirá mi nombre, firma y número de entrenador.
5. Mantendré los archivos de entrenamiento requeridos por cinco (5) años de los entrenamientos a Trabajadores y por tres (3) años de los entrenamientos a Manejadores.
6. Responderé rápidamente a solicitudes del EPA y ADA, agencias de las Tribus ó empleadores agrícolas, sobre información con respecto a tarjetas de verificación de entrenamiento EPA emitidas y archivos de entrenamiento y materiales.
7. Guardaré las tarjetas de verificación de entrenamiento que no se hayan usado para que no se pierdan. No entregaré o transferiré tarjetas no previamente usadas ó emitidas a ninguna otra persona sin antes dar previo aviso y obtener aprobación por el Departamento de Agricultura de Arizona (ADA).
8. Si estoy en violación de este convenio y el EPA ó ADA solicita que se entreguen las tarjetas de verificación no usadas ó antes emitidas, lo haré rápidamente.

**NOTA: ESTE CONVENIO SE VENCERA TRES (3) AÑOS DESPUES DE LA FECHA EMITIDA PARA AQUELLOS QUE ASISTAN Y COMPLETEN CON EXITO EL PROGRAMA EN SEGURIDAD DE PESTICIDAS OFRECIDO POR EL DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE ARIZONA (ADA).**  
**\*ASESORES EN EL CONTROL DE PLAGAS (PCA'S) Y APLICADORES CERTIFICADOS (PUP/PUC) SERAN VIGENTES POR UN (1) AÑO DE LA FECHA EMITIDA SOLO SI LA LICENCIA O CERTIFICACION ESTA VIGENTE. DESPUES PODRAN RENOVARLO FOR TRES AÑOS DESPUES DE COMPLETAR EL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN SEGURIDAD DE PESTICIDAS R3-3-1003(E)(3).**

Nombre (en letra de molde): \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
(apartado postal o donde recibe correspondencia) (ciudad) (estado) (código postal)

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

**Este Convenio de Proveedor de Entrenamiento es solo para una vez: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (marque uno) y se vencerá para la fecha de: \_\_\_\_\_**

**No. de Entrenador Actual o Previo:** \_\_\_\_\_ **\*No. de PUP:** \_\_\_\_\_ **\*No. de PUC:** \_\_\_\_\_ **\*No. De PCA:** \_\_\_\_\_  
(si es aplicable)

**CANTIDAD DE TARJETAS SOLICITADAS:** \_\_\_\_\_ **TRABAJADOR:** \_\_\_\_\_ **MANEJADOR:** \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA SOLAMENTE/AZ DA USE ONLY:**

**# of Worker Cards Issued:** \_\_\_\_\_ **Sequence Number From:** \_\_\_\_\_ **To:** \_\_\_\_\_

**# of Worker Cards Issued:** \_\_\_\_\_ **Sequence Number From:** \_\_\_\_\_ **To:** \_\_\_\_\_

**# of Handler Cards Issued:** \_\_\_\_\_ **Sequence Number From:** \_\_\_\_\_ **To:** \_\_\_\_\_

**# of Handler Cards Issued:** \_\_\_\_\_ **Sequence Number From:** \_\_\_\_\_ **To:** \_\_\_\_\_

**Trainer Certificate Number:** \_\_\_\_\_ **Request Processed by:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_