

# Historial de Licencia y Cumplimiento de Ley de Otro Estado

(Out-of-State License and Enforcement History)



**OREGON  
DEPARTMENT OF  
AGRICULTURE**

Pesticides Program  
503.986.4635

*Instructions in English provided on Page 2.*

Este formulario es requerido para los individuos que buscan obtener una licencia de pesticida en Oregon basado en su(s) licencia(s) de pesticidas que tengan de otro estado. Para ser considerados:

1. Deben poseer una licencia de pesticida vigente, y
2. Deben haber pasado los exámenes del estado que les haya emitido su licencia.

Más información acerca de la licencia recíproca disponible en Oregon se encuentra en la página en línea del Departamento de Agricultura de Oregon (en inglés: *Oregon Department of Agriculture, ODA*) <https://oda.direct/ReciprocalLicensing>.

## Instrucciones para los Aplicantes de Licencias Recíprocas en Oregon:

- Complete la Sección 1 de este formulario. Los espacios obligatorios están señalados con un asterisco (\*).
- Envíe el formulario con la Sección 1 completo a la agencia reguladora de pesticidas que emitió su licencia de pesticidas. Seguidamente, le pedimos a cada agencia reguladora de pesticidas fuera del estado que envíe el formulario completo al Programa de Pesticidas del ODA. Para su conveniencia, a continuación, les proveemos con algunos contactos.
  - » Departamento de Agricultura de Idaho: [pesticidelicensing@isda.idaho.gov](mailto:pesticidelicensing@isda.idaho.gov)
  - » Departamento de Agricultura del Estado de Washington: [license@agr.wa.gov](mailto:license@agr.wa.gov)
- *Si tiene alguna pregunta, por favor, contactar al Programa de Pesticidas del ODA al [pesticide-expert@oda.oregon.gov](mailto:pesticide-expert@oda.oregon.gov) o llamar al número 503.986.4550.*

## Sección 1. Información del Solicitante de Licencia Recíproca en Oregon (Oregon Reciprocal License Applicant Information)

Nombre Legal (Legal Name)	Apellido(s) (Last):*				
	Primer Nombre (First):*			Inicial de Segundo Nombre (Middle Initial):	
Fecha de Nacimiento (Date of Birth):*	Mes (Month):*		Día (Day):*		Año (Year):*
Dirección residencial (Sólo domicilio físico) (Home Address)	Nombre/ Número de la calle (Street Address):*				
	Ciudad, Estado, Código Postal (City, State, Zip Code):*				
Teléfono personal (Personal Phone):*			Correo Electrónico (Direct Email):		
Número de Licencia (License Number):*			Estado que la emitió (State of Issuance):*		

***Las secciones a continuación deben ser completados solamente por la agencia reguladora de pesticidas (Section below to be completed by a state pesticide regulatory agency)***

**Las secciones a continuación deben ser completados solamente por la agencia reguladora de pesticidas  
(Section below to be completed by a state pesticide regulatory agency)**

**Section 2. License and Certification History**

License Type:		Expiration Date:	
License Categories (if any):			
Date Last Recertified:		Cerification Expiration Date:	
Reciprocal license:	Is this license (or any categories) based upon licensing or exams from another state?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes

**Section 3. Exam History**

Which of your state agency’s exams did this individual pass to qualify for their license?

Exam Name(s)	Pass Date(s)	Exam Name(s)	Pass Date(s)

**Section 4. Enforcement History**

Has this individual’s license(s) or certification(s) been suspended, revoked, canceled, or denied, or is any such action pending?  No       Yes

**Section 5. Additional Information for Aerial Applicators**

*If this individual is an aerial applicator, please complete this section. Otherwise, skip to section 6.*

Were all exams that this individual passed “closed-book” (i.e., study materials were not available during the exam)?  No       Yes

Did this individual pass all exams with a score of at least 70%?  No       Yes

Did this individual pass any core/category hybrid exams (i.e., no stand-alone core exam required)?  No       Yes  
If yes, please list each hybrid exam. \_\_\_\_\_

Does your aerial category (or equivalent) function as a stand-alone category (i.e., not used in conjunction with other license categories to permit applications to certain locations, for specific pest types, etc.)?  No       Yes

Has this individual been licensed in your state to apply pesticides via aircraft for a total time-period of at least five years (excluding any gaps in licensing)?  No       Yes

## Section 6. Pesticide Regulatory Agency Completing This Form

Please provide your information and sign below. Submit the completed form to [pesticide-expert@oda.oregon.gov](mailto:pesticide-expert@oda.oregon.gov). Thank you!

Regulatory Agency:			
Staff Name:		Title:	
Phone:		Email:	
Signature:		Date:	