|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DÜVE ALIM DESTEĞİ BAŞVURU FORMU** | | | | | | | | **EK-3** |
| **1-Sahibinin Adı Soyadı** | | | |  | | | | |
| **2-Gerçek Kişi TC No:** | | |  | **Tüzel Kişi Vergi No:** | | |  | |
| **3-İşletmenin Adı Ünvanı:** | | |  | | | | | |
| **4-Hibeden Yararlanılacak Hayvan Sayısı(baş):**  **Satın Alınacak damızlık hayvanlar aşağıda belirtilen aynı ırktan sadece boş dişi veya gebe olmalıdır** | | | | | | | | |
| **Damızlık Gebe Düve:** | | | | | | | | |
| **Angus** |  | **Hereford** |  | **Limuzin** |  | **Belçika Mavisi** | |  |
| **Şarole** |  | **Simental** |  | **Brown Swiss** |  | **Montbeliard** | |  |
| **Holstein** |  | **Jersey** |  | **Manda** |  | | | |
| **8-15 Aylık Damızlık Boş Dişi Sığır** | | | | | | | | |
| **Angus** |  | **Hereford** |  | **Limuzin** |  | **Belçika Mavisi** | |  |
| **Şarole** |  | **Simental** |  | **Brown Swiss** |  | **Montbeliard** | |  |
| **Holstein** |  | **Jersey** |  | **Manda** |  | | | |
| **5-Doğum Tarihi** | |  | | | | | | |
| **6-Engelli\*** |  | **Gazi/Şehit Yakını\*** | |  | | | | |
| **7-Başvuru Sahibinin Mesleki Eğitim Durumu\*** | | | | | **Var** |  | **Yok** |  |
| **8-Resmi Kurumdan MEB Onaylı Eğitim Sertifikası\*** | | | | | **Var** |  | **Yok** |  |
| **9-Teknisyen \*** |  | **Tekniker\*** |  | **Mühendis/Veteriner Hekim\*** | | |  | |
| **10-İşletme No:** | |  | **İşletme Adresi** | |  | | | |
| **11-Köy** |  | **Mahalle** |  | **İlçe** |  | **İl** |  | |
| **12-Tel** |  | **E-Mail** |  | **Kep** |  | | | |
| **13-İşletme Parsel** | | **Ada No** |  | **Parsel No** |  | **Pafta No** |  | |
| **14-İşletme Mülkiyet Durumu\*** | | | **Kendi Malı\*** |  | **Hisseli\*** |  | **Kira\*** |  |
| **15-Yem Bitkisi Ekilişi Toplamı (Dekar)(…………….……..)…..…da** | | | | | | |  |  |
| **\*Bu bilgiler belgelendirilecek ve başvuru formuna eklenecektir.** | | | | | | | | |
| **Tarafımca yukarda vermiş olduğum bilgilerin doğruluğunu beyan eder, bu bilgilerde** | | | | | | | | |
| **yanlışlık olduğu taktirde doğacak sonuçlardan sorumlu olduğumu kabul ederim.** | | | | | | | | |
| **\*Engelli: Doğuştan ve Sonradan; bedensel, zihinsel, ruhsal, duyusal ve sosyal yetenekleri** | | | | | | | | |
| **bakımından engel oranının yüzde kırk veya üzerinde ve çalışabilir durumda olduğunu ilgili** | | | | | | | | |
| **mevzuat hükümlerine göre alınacak sağlık kurulu raporu ile belgeleyen.** | | | | | | |  |  |
| **Adı-Soyadı** | | | | | | | | |
| **İmza** | | | | | | | | |