|  |  |
| --- | --- |
|   **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** |