

**PATATES SİĞİLİ HASTALIĞI GÖRÜLEN ALANLARDA VE GÜVENLİK
KUŞAGINDA UYGULANACAK DESTEKLEME ÖDEMESİNE İLİŞKİN
BAŞVURU DİLEKÇESİ**

----- İl/İlçe Tarım ve Orman Müdürlüğüne

23/10/2019 tarihli ve 1691 sayılı 2019 Yılında Yapılacak Tarımsal Desteklemelere İlişkin Karar ve Patates Siğili Görülen Alanlar ile Güvenlik Kuşağında Uygulanacak Desteğe İlişkin Tebliğ (Tebliğ No: 2019/51) gereğince, patates siğili hastalığı ile bulaşık alanlarda ve oluşturulan güvenlik kuşağında alternatif ürün yetiştiren veya nadas uygulayan çiftçilerin desteklenmesinden yararlandırılmam ve ödeme ile ilgili hakediş belgemin ÇKS'de kayıtlı olduğum yerin bağlı bulunduğu banka şubesine gönderilmesi için gereğini arz ederim.

Ödemeye ilişkin düzenlenen ve askıya çıkarılan icmallere, askı süresi içerisinde itiraz etmediğim takdirde kesinleşmiş icmal bilgilerinin doğruluğunu kabul etmiş sayılacağıma, ayrıca söz konusu ödemeyi Karar ve Tebliğ esaslarına aykırı olarak haksız yere aldığımı tespit edilmesi halinde, aldığım ödemeyi, ödeme tarihinden itibaren işleyecek gecikme zammı ile birlikte, gayrikabil-i rucu hiçbir itiraz beyan etmeden, ilk talepte 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanun hükümleri çerçevesinde geri vermeyi kabul ve taahhüt ederim. ... /..... /2019

Adı Soyadı :
T.C. Kimlik No/Vergi No :
Üretici/İşletme No :
Adresi :
Telefon No :
İmzası :

ALTERNATİF ÜRÜN VEYA NADAS DESTEĞİ TALEP FORMU

Başvuruda Bulunan Çiftçinin

Adı Soyadı	T.C. Kimlik No/Vergi No	Baba Adı	Doğum Tarihi

Alternatif Ürün Yetiştirilen veya Nadasa Bırakılan Arazinin

İli:		
İlçesi:		
Köyü:		
Parsel No:		
Alternatif Ürün Adı Miktarı / Nadas Miktarı (Da)		
BEYAN EDEN	MUHTAR	KONTROL EDEN (İl/İlçe Müdürlüğü Personeli)
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
Tarih	Tarih	Tarih
İmza	İmza	İmza

**PATATES SİĞİLİ HASTALIĞI GÖRÜLEN ALANLAR İLE GÜVENLİK
KUŞAGINDA UYGULANACAK DESTEKLEME ÖDEMESİNİN KÖY DETAYINDA
İCMALİ
(İCMAL-2)**

İLİ :

İLÇESİ :

Sıra No	Köyün Adı	Desteklemeden Yararlanan Toplam Çiftçi Sayısı	Alternatif Ürün/Nadas Desteklemesine Esas Alan (Da)	Toplam Destekleme Tutarı (TL)

DÜZENLEYENLER

Adı – Soyadı :

Görevi :

Tarih :

İmza :

KONTROL EDEN

Adı – Soyadı :

Görevi :

Tarih :

İmza :

ONAYLAYAN

Adı – Soyadı :

Görevi :

Tarih :

İmza :

