

OŚWIADCZENIE¹⁾

....., dnia

Nazwa/imię i nazwisko rolnika³⁾

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer identyfikacyjny rolnika nadany przez ARiMR³⁾

Dokładny adres, kod pocztowy³⁾

Województwo, powiat³⁾

Telefon kontaktowy³⁾

____ - 6420 - ____ - ____ / ____ / ____
Znak sprawy²⁾

Pieczęć podmiotu realizującego i koordynującego zadania
w zakresie ochrony zasobów genetycznych

Nr⁴⁾

WYKAZ OWIEC MATEK ZAKWALIFIKOWANYCH DO PROGRAMU OCHRONY ZASOBÓW GENETYCZNYCH

RASA³⁾ Stan na dzień **15 marca 20..... r.** zakwalifikowano owiec matek⁴⁾

Lp.	Maciorka: numer i księga ³⁾	Numer zwierzęcia nadany w systemie identyfikacji i rejestracji zwierząt (IRZ) ³⁾	Data urodzenia ³⁾	Ojciec: numer i księga ³⁾	Matka: numer i księga ³⁾	Kwalifikacja (tak/nie) ⁴⁾
1	2	3	4	5	6	7

(data podpis rolnika)

(data, pieczęćka i podpis osoby upoważnionej podmiotu
prowadzącego księgę hodowlaną)

(data, pieczęćka i podpis przedstawiciela podmiotu realizującego
i koordynującego zadania w zakresie ochrony zasobów genetycznych
– Instytutu Zootechniki PIB)

¹⁾ Oświadczenie należy dołączyć do **pierwszego i kolejnego wniosku o przyznanie płatności** w ramach interwencji 6. Zachowanie zagrożonych zasobów genetycznych zwierząt w rolnictwie (PS WPR 2023-2027)

²⁾ Wypełnia ARiMR.

³⁾ Wypełnia rolnik.

⁴⁾ Wypełnia Instytut Zootechniki PIB.