

Παράρτημα ΙΑ

(Διάταξη 5)

ΤΜΗΜΑ ΓΕΩΡΓΙΑΣ

ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ ΤΗΣ ΕΚΡΙΖΩΣΗΣ

| | |
|-----------------|----------|
| Αρ. Ταυτότητας: | |
| Όνοματεπώνυμο: | |
| Διεύθυνση: | Τ.Κ.: |
| Πόλη/Χωριό: | Επαρχία: |
| Τηλέφωνο: | |

Δια της παρούσης σας ενημερώνω ότι έχω προβεί στην εκρίζωση των πιο κάτω αμπελώνων.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΑΜΠΕΛΩΝΩΝ ΠΟΥ ΕΚΡΙΖΩΘΗΚΑΝ

| Α/Α | Κοινότητα | Τοποθεσία | Κωδικός τεμαχίου (Φ/ΣΧ και Τεμάχιο) | Ποικιλία | Έτος φύτευσης | Ημερ. εκρίζωσης | Εκριζωθείσα έκταση (Δεκάρια) |
|-----|-----------|-----------|--|----------|------------------|--------------------|------------------------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Αναλαμβάνω την υποχρέωση:

1. Να γνωστοποιήσω στο Τμήμα Γεωργίας τη φύτευση του νέου αμπελώνα αποστέλλοντας το έντυπο εντός τριών μηνών από την φύτευση του νέου αμπελώνα.
2. Στην περίπτωση όπου η χρήση του δικαιώματος αναφύτευσης θα γίνει στο ίδιο αμπελοτεμάχιο, η φύτευση να πραγματοποιηθεί μετά την παρέλευση τουλάχιστο 2 ετών από την ημερομηνία εκρίζωσης.
3. Ο νέος αμπελώνας που θα προκύψει από την αναφύτευση θα πληροί τα κριτήρια όπως αυτά καθορίζονται στο Περί Τμήματος Γεωργίας (Αμπελουργικό Μητρώο και Φύτευση Αμπελώνων) Διάταγμα του 2016.

Ημερομηνία:

Υπογραφή αιτητή

Παράρτημα Ι Β

(Διάταξη 5)

ΤΜΗΜΑ ΓΕΩΡΓΙΑΣ

ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΦΥΤΕΥΣΗΣ ΑΜΠΕΛΩΝΩΝ

| | |
|-----------------|----------|
| Αρ. Ταυτότητας: | |
| Όνοματεπώνυμο: | |
| Διεύθυνση: | Τ.Κ: |
| Πόλη/Χωριό: | Επαρχία: |
| Τηλέφωνο: | |

Δια της παρούσης σας ενημερώνω ότι έχω προβεί στη φύτευση των πιο κάτω αμπελώνων την
..... (ημερομηνία).

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΑΜΠΕΛΩΝΩΝ

| Α/Α | Κοινότητα | Τοποθεσία | Κωδικός τεμαχίου (Φ/ΣΧ και Τεμάχιο) | Έκταση (Δεκάρια) | Ποικιλία | Αριθμός φυτών ανά δεκάριο | Τρόπος μόρφωσης του αμπελώνα (Γραμμικό ή Κυπελλοειδές σχήμα) |
|-----|-----------|-----------|--|---------------------|----------|------------------------------------|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Ημερομηνία:

Υπογραφή αιτητή: