**…………… KALKINMA AJANSI**

**COVID-19 İLE MÜCADELE VE DAYANIKLILIK PROGRAMI**

Başvuru Formu

**Referans Numarası:** …………………

**Son Teslim Tarihi:** …………….

**Saat:** ……………..

|  |  |
| --- | --- |
| Başvuru Sahibinin Adı: |  |
| Projenin Adı: |  |

**BAŞVURU VERİ GİRİŞ FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| Proje Adı |  |
| Proje Süresi |  |
| Proje Toplam Bütçesi (TL) |  |
| Talep Edilen Destek Miktarı (TL) |  |
| Yararlanıcı |  |
| Proje Uygulama Süresi |  |
| Proje Ortaklarının Sayısı |  |
| Yararlanıcının Hukuki Statüsü |  |
| Ana Faaliyet Alanı |  |
| Proje Alanında Deneyim Süresi (Yıl) |  |
| Projenin Uygulanacağı Coğrafi Alan |  |
| Projenin Amaçları | Detaylandırılacaktır. |
| Ortak(lar) |  |
| Hedef Grup(lar) |  |
| Nihai Yararlanıcı(lar) |  |
| Beklenen Sonuç(lar) | Detaylandırılacaktır. |
| Geliştirmeyi planladığı müdahaleler ya da yetenekler | Detaylandırılacaktır. |
| Temel Faaliyet(ler) | Detaylandırılacaktır. |
| Faaliyetlerin ayrıntılı açıklaması | Detaylandırılacaktır. |
| Uygulama Yöntemleri ve Gerekçeleri | Detaylandırılacaktır. |
| Proje Uygulaması için Önerilen Ekip | Detaylandırılacaktır. |
| Süre ve Faaliyet Planı | Detaylandırılacaktır. |
| Performans Göstergeleri | Detaylandırılacaktır. |
| Proje Bütçe Kalemleri | Detaylandırılacaktır. |
| **1. İrtibat Kişisi** | |
| Adı Soyadı |  |
| Telefon Numarası |  |
| Faks Numarası |  |
| Cep Telefonu Numarası |  |
| Posta Adresi |  |
| Elektronik Posta Adresi |  |
| **2. İrtibat Kişisi** | |
| Adı Soyadı |  |
| Telefon Numarası |  |
| Faks Numarası |  |
| Cep Telefonu Numarası |  |
| Posta Adresi |  |
| Elektronik Posta Adresi |  |
| Proje Ortaklarının Ad ve Soyadları (Tüzel Kişilikse Unvanı) |  |