

IZJAVA

- o izgubi potrdila
- o spremembi podatkov na potrdilu (obkroži)

o strokovni usposobljenosti iz fitomedicine za izvajalca ukrepov varstva rastlin

Spodaj podpisani (ime in priimek) _____

stanujoč v (naslov stalnega bivališča) _____

Davčna številka: _____

izjavljam, da sem izgubil oz. spremenil podatke na potrdilu o pridobitvi znanja iz fitomedicine za izvajalca ukrepov varstva rastlin.

Kraj in datum: _____

Podpis: _____

Izpolni izvajalec usposabljanja: Kmetijsko gozdarski zavod Nova Gorica
Pri hrastu 18, 5000 Nova Gorica

Podatki na izjavi se nanašajo na potrdilo o pridobitvi znanja iz fitomedicine za izvajalca ukrepov s serijsko številko:

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

Datum: _____

Odgovorna oseba izvajalca: _____

Podpis: _____