

Prijavnica na usposabljanje za ravnanje s fitofarmaceutskimi sredstvi

PODATKI O USPOSABLJANJU

Izvajalec usposabljanja	Kmetijsko gozdarski zavod Nova Gorica Pri hrastu 18, 5000 Nova Gorica		
Datum usposabljanja	18. - 22. 05. 2026	Kraj usposabljanja	ILIRSKA BISTRICA

PODATKI O KANDIDATU / PODJETJU

Ime		Priimek	
Številka izkaznice*1		Davčna številka	
KMG-MID			
Ime podjetja			
Država *2			

*1 Za obstoječe imetnike *2 Ime države, če kandidat ni državljan Republike Slovenije.

PODATKI O PREBIVALIŠČU KANDIDATA

Ulica, kraj		Hišna številka	
Pošta		Poštna številka	Država
Telefon		E-naslov	

PODATKI O PODJETJU:

Ulica, kraj		Hišna številka	
Pošta		Poštna številka	Država
Telefon		E-naslov	

VRSTA IN PROGRAM USPOSABLJANJA

<input checked="" type="checkbox"/> X osnovno	<input type="checkbox"/> svetovalec za FFS
<input type="checkbox"/> nadaljnje	<input type="checkbox"/> prodajalec FFS
	<input checked="" type="checkbox"/> X poklicni uporabnik

Stopnja izobrazbe: Izpolnijo udeleženci usposabljana »svetovalec za FFS«/»prodajalec FFS«)

srednja poklicna izobrazba kmetijske smeri

srednja izobrazba kmetijske smeri

višja ali visoka strokovna izobrazba kmetijstva

univerzitetna izobrazba kmetijstva, bolonjski študijski program, magisterij, doktorat

opravljeno dodatno usposabljanje s področja varstva rastlin (kandidat predloži potrdilo o uspešnem zaključku opravljenega usposabljanja – velja samo za prodajalce FFS)

KONTAKTNI PODATKI ZA OBVEŠČANJE (samo če se razlikujejo od stalnega naslova prebivališča)

Ulica, kraj		Hišna številka	
Pošta		Poštna številka	Država

Podpisani dovoljujem uporabo podatkov izključno za namen obveščanja o poteku veljavnosti izkaznice o opravljenem usposabljanju za ravnanje s FFS. Uprava in izvajalec usposabljanja jih bosta uporabljala izključno za namen obveščanja ter za namen analiziranja in spremljanja stanja na področju usposabljanja o FFS ter za namen izvajanja nadzora v skladu z Zakonom o FFS (Uradni list RS, št. 83/12, 35/23-odlUS in 9524).

Kraj in datum:

Podpis:

Izpolni izvajalec usposabljanja

PODATKI O IZVAJALCU USPOSABLJANJA	
Ime izvajalca	
Naslov, kraj	

PRIJAVA	
Številka prijave	
Datum usposabljanja	
Kraj usposabljanja	

PISNO PREVERJANJE ZNANJA		
Datum opravljanja pisnega preverjanja znanja		
Kraj opravljanja pisnega preverjanja znanja		
Rezultat pisnega preverjanja znanja	opravi / ni opravi	št. doseženih točk / št. možnih točk
Vpisnik		

IZKAZNICA	
Številka izkaznice	
Datum izdaje izkaznice	
Datum veljavnosti izkaznice	
Vpisnik	

Kraj in datum:

Podpis: