

**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	10. 10. 2024	Kraj usposabljanja	ILIRSKA BISTRICA
KANDIDAT			
Ime		Priimek	
Številka izkaznice*1			
Davčna številka		Država*2	
<i>*1 Za obstoječe imetnike</i>			
<i>*2 Kratica države, če davčne številke ni izdala Republika Slovenija.</i>			
NASLOV STALNEGA PREBIVALIŠČA			
Ulica, kraj		Hišna številka	
Pošta		Poštna številka	Država
Telefon		E-naslov	
USPOSABLJANJE			
Vrsta usposabljanja: <input type="checkbox"/> osnovno <input checked="" type="checkbox"/> nadaljnje <input type="checkbox"/> izdaja DVOJNIKA	Vrsta programa usposabljanja: <input type="checkbox"/> svetovalec za FFS <input type="checkbox"/> prodajalec FFS <input checked="" type="checkbox"/> izvajalec ukrepov varstva rastlin		
Vrsta in stopnja izobrazbe: (Izpolnijo tisti udeleženci, ki se prijavljajo za »svetovalca za FFS« ali »prodajalca FFS«)			
<input type="checkbox"/> srednja poklicna izobrazba kmetijske smeri <input type="checkbox"/> srednja izobrazba kmetijske smeri <input type="checkbox"/> višja ali visoka strokovna izobrazba kmetijstva <input type="checkbox"/> univerzitetna izobrazba kmetijstva, bolonjski študijski program, magisterij, doktorat			
KONTAKTNI PODATKI ZA OBVEŠČANJE (samo če se razlikujejo od stalnega naslova prebivališča)			
Ulica, kraj		Hišna številka	
Pošta		Poštna številka	Država
<i>Podpisani dovoljujem uporabo podatkov izključno za namen obveščanja o poteku veljavnosti izkaznice o opravljenem usposabljanju o ravnanju 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).</i>			
Kraj in datum:	Podpis kandidata:		

Izpolni izvajalec usposabljanja

Naziv izvajalca usposabljanja:

PRIJAVA	
Zap. št. prijave	
Datum opravljanja usposabljanja	
Kraj opravljanja usposabljanja	

IZPIT		
Datum opravljanja izpita		
Kraj opravljanja izpita		
Rezultat preverjanja znanja	opravil / ni opravil	št. doseženih točk / št. možnih točk
Osebno ime vpisnika podatkov		

IZKAZNICA	
Datum izdaje izkaznice	
Številka izkaznice	
Datum veljavnosti izkaznice	
Osebno ime vpisnika podatkov	

Datum:

Žig:

Podpis: