

**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	22. - 24. 04. 2024	Kraj usposabljanja	IDRIJA		
KANDIDAT					
Ime				Priimek	
Številka izkaznice*1					
Davčna številka				Država*2	
<p><small>*1 Za obstoječe imetnike</small></p> <p><small>*2 Kratica države, če davčne številke ni izdala Republika Slovenija.</small></p>					
NASLOV STALNEGA PREBIVALIŠČA					
Ulica, kraj				Hišna številka	
Pošta			Poštna številka	Država	
Telefon			E-naslov		
USPOSABLJANJE					
Vrsta usposabljanja:			Vrsta programa usposabljanja:		
<input checked="" type="checkbox"/> osnovno <input type="checkbox"/> nadaljnje <input type="checkbox"/> izdaja DVOJNIKA			<input type="checkbox"/> svetovalec za FFS <input type="checkbox"/> prodajalec FFS <input checked="" type="checkbox"/> izvajalec ukrepov varstva rastlin		
Vrsta in stopnja izobrazbe: <i>(Izpolnijo tisti udeleženci, ki se prijavljajo za »svetovalca za FFS« ali »prodajalca FFS«)</i>					
<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 <i>(samo če se razlikujejo od stalnega naslova prebivališča)</i>					
Ulica, kraj				Hišna številka	
Pošta			Poštna številka	Država	
<p><small>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).</small></p>					
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	opravi / ni opravi	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: