

**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	16.02.2023	Kraj usposabljanja	Nova Gorica - MIC			
KANDIDAT						
Ime				Priimek		
Številka izkaznice*1						
Davčna številka				Država*2		
*1 Za obstoječe imetnike						
*2 Kratica države, če davčne številke ni izdala Republika Slovenija.						
NASLOV STALNEGA PREBIVALIŠČA						
Ulica, kraj				Hišna številka		
Pošta			Poštna številka			Država
USPOSABLJANJE						
Vrsta usposabljanja:			Vrsta programa usposabljanja:			
<input type="checkbox"/> osnovno			<input type="checkbox"/> svetovalec za FFS			
<input checked="" type="checkbox"/> nadaljnje			<input type="checkbox"/> prodajalec FFS			
<input type="checkbox"/> izdaja DVOJNIKA			<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
Telefon			E-naslov			
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).						

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: