

**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		24.01.2023		Kraj usposabljanja		Pobegi				
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: