

**Prijavnica na usposabljanje  
za ravnanje s fitofarmaceutskimi sredstvi**

PODATKI O USPOSABLJANJU							
<b>Izvajalec usposabljanja</b>	<b>Kmetijsko gozdarski zavod Nova Gorica Pri hrastu 18, 5000 Nova Gorica</b>						
Datum usposabljanja	<b>20., 22. in 23.02. 2023</b>	Kraj usposabljanja	<b>Pobegi</b>				
KANDIDAT							
Ime				Priimek			
Številka izkaznice*1							
Davčna številka				Država*2	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		
*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							
<b>Vrsta usposabljanja:</b>			<b>Vrsta programa usposabljanja:</b>				
<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				
<b>Vrsta in stopnja izobrazbe:</b> (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				
<p><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></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	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: