

**Prijavnica na 15 - urno usposabljanje za odgovorne osebe  
 zdravstvenega varstva rastlin**

**1. Kandidat:**

Akademski naziv:	
Ime:	
Priimek:	
EMŠO:	
Datum rojstva:	
Kraj rojstva:	
Država rojstva (če ni Slovenija):	
Dokončana stopnja izobrazbe:	
Poklic:	
Evidenčna številka kandidata iz FITO registra:	

**2. Naslov stalnega prebivališča**

Država, če ni Slovenija:	
Kraj:	
Ulica:	
Hišna številka:	Pripona k hišni številki (A...)
Poštna številka:	Naziv pošte:

**3. Podatki o prijavitelju (se ne izpolnjuje, če je kandidat hkrati prijavitelj)**

Naziv firme:	
Sedež firme:	
Država, če ni Slovenija:	
Kraj:	
Ulica:	
Hišna številka:	Pripona k hišni številki (A...):
Poštna številka:	Naziv pošte:
Davčna številka:	
Matična številka:	
Evidenčna številka prijavitelja iz FITO registra:	
Telefon:	
Fax:	
E-mail:	

**4. Kontaktni podatki za obveščanje**

Naslov je (ustrezno označite): <input type="checkbox"/> enak stalnemu prebivališču, <input type="checkbox"/> začasno prebivališče, <input type="checkbox"/> le kontaktni naslov za obveščanje	
Država, če ni Slovenija:	
Kraj:	
Ulica:	
Hišna številka:	Pripona k hišni številki (A ...)
Poštna številka:	Naziv pošte:

Telefon:	
Fax:	
E-mail:	

**5. Termin usposabljanja:**

(obvezno označite termin v katerem se boste udeležili usposabljanja)

Usposabljanja se bom udeležil :	<input type="checkbox"/> 14. - 15. februar 2012
---------------------------------	---

Kraj:	Datum:	Podpis kandidata:
Kraj:	Datum:	Podpis odgovorne osebe:

## Izpolni izvajalec usposabljanja

<b>Naziv ustanove:</b>		
<b>Prijava</b>		
Številka prijave:		
Datum opravljanja tečaja:		
Kraj opravljanja tečaja:		
Obseg ur:		
<b>Izpit:</b>		
Datum opravljanja izpita:		
Kraj opravljanja izpita:		
Doseženi rezultat (št. točk/od možnih točk):		
<b>Izdano potrdilo</b>		
Datum izdaje potrdila:		
Številka potrdila/izkaznice:		
Kraj izdaje potrdila:		
(Pečat)	Podpis odgovorne osebe:	