

Prijavnica na usposabljanje za ravnanje s fitofarmacevtskimi sredstvi

PODATKI O USPOSABLJANJU									
Izvajalec usposabljanja	KMETIJSKO GOZDARSKI ZAVOD NOVA GORICA								
Datum usposabljanja	28. 10. 2026	Kraj usposabljanja	ŠEMPETER						
PODATKI O KANDIDATU / PODJETJU									
Ime					Priimek				
Številka izkaznice*1						Davčna številka			
KMG-MID									
Ime podjetja									
Država *2									
*1 Za obstoječe imetnike *2 Ime države, če kandidat ni državljan Republike Slovenije.									
PODATKI O PREBIVALIŠČU KANDIDATA									
Ulica, kraj						Hišna številka			
Pošta			Poštna številka			Država			
Telefon			E-naslov						
PODATKI O PODJETJU:									
Ulica, kraj						Hišna številka			
Pošta			Poštna številka			Država			
Telefon			E-naslov						
VRSTA IN PROGRAM USPOSABLJANJA									
☐ osnovno ☒ nadaljnje					☐ svetovalec za FFS ☐ prodajalec FFS ☒ poklicni uporabnik				
Stopnja izobrazbe: Izpolnijo udeleženci usposabljana » svetovalec za FFS «/» prodajalec FFS «)									
☐ srednja poklicna izobrazba kmetijske smeri ☐ srednja izobrazba kmetijske smeri ☐ višja ali visoka strokovna izobrazba kmetijstva ☐ univerzitetna izobrazba kmetijstva, bolonjski študijski program, magisterij, doktorat ☐ opravljeno dodatno usposabljanje s področja varstva rastlin (<i>kandidat predloži potrdilo o uspešnem zaključku opravljenega usposabljanja – velja samo za prodajalce FFS</i>)									
KONTAKTNI PODATKI ZA OBVEŠČANJE (samo če se razlikujejo od stalnega naslova prebivališča)									
Ulica, kraj						Hišna številka			
Pošta			Poštna številka			Država			
Podpisani dovoljujem uporabo podatkov izključno za namen obveščanja o poteku veljavnosti izkaznice o opravljenem usposabljanju za ravnanje 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, 35/23-odlUS in 9524).									

Kraj in datum:

Podpis:

Izpolni izvajalec usposabljanja

PODATKI O IZVAJALCU USPOSABLJANJA	
Ime izvajalca	
Naslov, kraj	

PRIJAVA	
Številka prijave	
Datum usposabljanja	
Kraj usposabljanja	

PISNO PREVERJANJE ZNANJA		
Datum opravljanja pisnega preverjanja znanja		
Kraj opravljanja pisnega preverjanja znanja		
Rezultat pisnega preverjanja znanja	opravi / ni opravi	št. doseženih točk / št. možnih točk
Vpisnik		

IZKAZNICA	
Številka izkaznice	
Datum izdaje izkaznice	
Datum veljavnosti izkaznice	
Vpisnik	

Kraj in datum:

Podpis: