

## 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		21. 11. 2024		Kraj usposabljanja			AJDOVŠČINA		
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			
Telefon		E-naslov							
USPOSABLJANJE									
<b>Vrsta usposabljanja:</b> <input type="checkbox"/> osnovno <input checked="" type="checkbox"/> <b>nadaljnje</b> <input type="checkbox"/> izdaja DVOJNIKA					<b>Vrsta programa usposabljanja:</b> <input type="checkbox"/> svetovalec za FFS <input type="checkbox"/> prodajalec FFS <input checked="" type="checkbox"/> <b>izvajalec ukrepov varstva rastlin</b>				
<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			
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: