

**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	22. 10. 2024	Kraj usposabljanja	DOBROVO ob 13:30 uri
KANDIDAT			
Ime			Priimek
Številka izkaznice*1			
Davčna številka		Država*2	<input type="text"/>
<small>*1 Za obstoječe imetnike *2 Kratica države, če davčne številke ni izdala Republika Slovenija.</small>			
NASLOV STALNEGA PREBIVALIŠČA			
Ulica, kraj			Hišna številka
Pošta	Poštna številka		Država
Telefon	E-naslov		
USPOSABLJANJE			
Vrsta usposabljanja: <input type="checkbox"/> osnovno <input checked="" type="checkbox"/> nadaljnje <input type="checkbox"/> izdaja DVOJNIKA		Vrsta programa usposabljanja: <input type="checkbox"/> svetovalec za FFS <input type="checkbox"/> prodajalec FFS <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
<small>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).</small>			
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: