

## 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>10.12.2024</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			
Telefon			E-naslov			
USPOSABLJANJE						
<b>Vrsta usposabljanja:</b>			<b>Vrsta programa usposabljanja:</b>			
<input type="checkbox"/> osnovno			<input type="checkbox"/> svetovalec za FFS			
<input checked="" type="checkbox"/> <b>nadaljnje</b>			<input type="checkbox"/> prodajalec FFS			
<input type="checkbox"/> izdaja DVOJNIKA			<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			
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: