

**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>torek 22. 10. 2024</b>	Kraj usposabljanja	<b>SEŽANA</b>		
KANDIDAT					
Ime				Priimek	
Številka izkaznice*1					
Davčna številka			Država*2		
<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					
<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		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	opravi / ni opravi	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: