

**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	19., 22. in 23. 04. 2024	Kraj usposabljanja	ILIRSKA BISTRICA				
KANDIDAT							
Ime				Priimek			
Številka izkaznice*1							
Davčna številka			Država*2	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			
<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 checked="" type="checkbox"/> osnovno <input 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: