

**Prijavnica na usposabljanje in pisno preverjanje znanja  
za ravnanje s fitofarmaceutskimi sredstvi**

PODATKI O USPOSABLJANJU													
<b>Izvajalec usposabljanja</b>													
Datum usposabljanja				Kraj usposabljanja									
KANDIDAT													
Ime				Priimek									
Številka izkaznice* <sup>1</sup>		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>								Država* <sup>2</sup> <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table>			
<p>*<sup>1</sup> Za obstoječe imetnike</p> <p>*<sup>2</sup> Kratica države, če davčne številke ni izdala Republika Slovenija.</p>													
NASLOV STALNEGA PREBIVALIŠČA													
Ulica, kraj			Hišna številka										
Pošta		Poštna številka		Država									
USPOSABLJANJE													
<b>Vrsta usposabljanja:</b> <input type="checkbox"/> osnovno <input type="checkbox"/> nadaljnje			<b>Vrsta programa usposabljanja:</b> <input type="checkbox"/> svetovalec za FFS <input type="checkbox"/> prodajalec FFS <input type="checkbox"/> izvajalec ukrepov varstva rastlin										
<b>Vrsta in stopnja izobrazbe:</b> (Izpolnijo tisti udeleženci, ki se prijavljajo za » <b>svetovalca za FFS</b> « ali » <b>prodajalca FFS</b> «)													
<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									
Telefon		E-naslov											
<p>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).</p>													
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: