

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

PODATKI O USPOSABLJANJU											
Izvajalec usposabljanja											
Datum usposabljanja				Kraj usposabljanja							
KANDIDAT											
Ime							Priimek				
Številka izkaznice* ¹											
Davčna številka					Država* ²						
* ¹ Za obstoječe imetnike											
* ² Kratica države, če davčne številke ni izdala Republika Slovenija.											
NASLOV STALNEGA PREBIVALIŠČA											
Ulica, kraj					Hišna številka						
Pošta			Poštna številka			Država					
USPOSABLJANJE											
Vrsta usposabljanja:					Vrsta programa usposabljanja:						
<input type="checkbox"/> osnovno					<input type="checkbox"/> svetovalec za FFS						
<input type="checkbox"/> nadaljnje					<input type="checkbox"/> prodajalec FFS						
					<input 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					
Telefon			E-naslov								
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: