

**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>							
Davčna številka					Država* <sup>2</sup>		

\*<sup>1</sup> Za obstoječe imetnike

\*<sup>2</sup> Kratica države, če davčne številke ni izdala Republika Slovenija.

**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		

*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: