

**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: