

## IZJAVA ZA IZDAJO DVOJNIKA POTRDILA

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_, naslov stalnega bivališča:

\_\_\_\_\_, davčna št.: \_\_\_\_\_

Izjavljam, da sem (ustrezno obkrožite):

- izgubil/a
- uničil/a
- mi je bilo odtujeno
- spremenil/a naslov stalnega bivališča
- spremenil/a priimek
- spremenil/a ime

potrdilo za izvajalca ukrepov varstva rastlin / potrdilo za prodajalca FFS.

Prosim za preklic starega in izdajo novega potrdila. Hkrati s potrdilom izjavljam, da nimam nobenega drugega potrdila iz fitomedicine.

*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 (Ur. l. RS, št. 83/12).*

Kraj in datum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_