



Kmetijsko gozdarska zbornica Slovenije

KMETIJSKO GOZDARSKI ZAVOD
NOVO MESTO

Šmihelska c. 14, 8000 Novo mesto
tel: 07/373 05 70, fax: 07/373 05 90
e-mail: kgzs.zavod-nm@gov.si
splet: www.kmetijskizavod-nm.si

RAZPORED USPOSABLJANJ ZA RAVNANJE S FFS V JESENSKIH MESECIH 2020

Spoštovani,

Zaradi poostritve ukrepov za preprečevanja širjenja koronavirusa SARS-CoV-2 [COVID-19] so usposabljanja za varno ravnanje s fitofarmaceutskimi sredstvi do nadaljnjega odpovedana.

O nadomestnih terminih boste pravočasno obveščeni.

**VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA UDELEŽENCEV TEČAJA
PRED USPOSABLJANJEM ZA RAVNANJE S FITOFARMACEVTSKIMI SREDSTVI**

(vsa vprašanja se nanašajo tudi na obdobje preteklih 14 dni):

Priimek in ime udeleženca tečaja:

Datum:

	VPRAŠANJE	DA	NE
1.	Imate povišano telesno temperaturo (nad 37,5° C)?		
2.	Ali ste prehlajeni?		
3.	Ali kašljate?		
4.	Vas boli v grlu, žrelu?		
5.	Imate spremenjen okus ali vonj?		
6.	Imate občutek težkega dihanja ali stiskanja v prsnem košu?		
7.	Imate bolečine v mišicah?		
8.	Imate prebavne težave (drisko ali bruhanje)?		
9.	Ima kdo drug doma ali v službi takšne težave?		
10.	Ste imeli morda pozitiven bris na Covid-19?		
11.	Ste bili v stiku s COVID-19 potrjenim bolnikom (oboleli svojci, sostanovalci)?		

S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:

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

PODATKI O USPOSABLJANJU					
Izvajalec usposabljanja		KGZS – Zavod NM; Šmihelska c. 14, 8000 Novo mesto			
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:

KGZS – Zavod NM, Šmihelska c 14, 8000 Novo mesto_____

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:
