

**RAZPORED USPOSABLJANJ ZA RAVNANJE S FFS V POMLADNO POLETNIH MESECIH 2020**

Datum:	Ura:	Kraj:	Tečaj za:	Vrsta tečaja:	Predavatelj - ukrepi varstva rastlin pred škodljivimi organizmi in vpliv FFS na okolje	Predavatelj - vpliv FFS na zdravje ljudi:
17.06.2020	16:00	TREBNJE (Galaksija Trebnje; Podjetniška c. 13)	uporabnike FFS (izvajalci ukrepov varstva rastlin)	obnovitveni	Bahor Ana	dr. Mlinar Tomislav
18.06.2020	16:00	NOVO MESTO (RIC, pred. v pritličju; Topliška c. 2)	uporabnike FFS (izvajalci ukrepov varstva rastlin)	obnovitveni	Stariha Bernarda	dr. Miljavac Bonia
22.06.2020	08:00	NOVO MESTO (RIC, pred. v pritličju; Topliška c. 2)	uporabnike FFS (izvajalci ukrepov varstva rastlin)	obnovitveni	Pelko Natalija	Prim. dr. Gazvoda Tatjana
22.06.2020	16:00	TREBNJE (Galaksija Trebnje; Podjetniška c. 13)	uporabnike FFS (izvajalci ukrepov varstva rastlin)	obnovitveni	Martinčič Jernej	dr. Mlinar Tomislav
23.06.2020	08:00	NOVO MESTO (RIC, pred. v pritličju; Topliška c. 2)	uporabnike FFS (izvajalci ukrepov varstva rastlin)	obnovitveni	mag. Bajec Domen	Prim. dr. Gazvoda Tatjana
23.06.2020	16:00	NOVO MESTO (RIC, pred. v pritličju; Topliška c. 2)	uporabnike FFS (izvajalci ukrepov varstva rastlin)	obnovitveni	Bahor Ana	dr. Miljavac Bonia
24.06.2020	16:00	NOVO MESTO (RIC, pred. v pritličju; Topliška c. 2)	uporabnike FFS (izvajalci ukrepov varstva rastlin)	obnovitveni	Levak Marija	Križan Maja

Informacija ob ponovnih usposabljanjih po epidemiji koronavirusa (SARS-CoV-2 [COVID-19]):

Udeleženci usposabljanj za izvajalce varstva rastlin ste na tečaje vabljeni po pošti. Vsi tečaji odpovedani med epidemijo, po 12.03.2020, bodo izvedeni ob upoštevanju higienskih in varnostnih pogojev, zaradi česar je potrebno upoštevati naslednja navodila:

- Ob vabilu na usposabljanje je priložen vprašalnik o zdravstvenem stanju, katerega izpolnjenega prinesete na tečaj;
- na tečaju je obvezna uporaba zaščitne maske;
- prosimo za upoštevanje higiene rok, kašlja ter spoštovanje varnostne razdalje;
- v kolikor se v tem terminu ne bi mogli udeležiti usposabljanja, obvezno pokličite na 07/373-05-70, za dodelitev novega termina.

URNIK OBNOVITVENIH USPOSABLJANJ ZA UPORABNIKE FITOFARMACEVTSKIH SREDSTEV (4 ŠOLSKE URE)

Na 4 šolske ure trajajočem izobraževanju bodo predstavljene izbrane teme področij:

- **Vplivov FFS na zdravje ljudi** (45 minut)
- **Vplivov FFS na okolje** (25 minut)
Nevarnosti in tveganja zaradi rabe FFS, varovanje tal, voda, zraka, čebel in drugih neciljnih členonožcev, prostoživečih rastlin in živali, ukrepov za varovanje okolja v primeru izpustov FFS v okolje, ravnanje z odpadki FFS ter osebna varovalna oprema.
- **Ukrepov varstva rastlin pred škodljivimi organizmi** (45 + 75 minut)
Integrirano varstvo rastlin, formulacije FFS, nedovoljena FFS in njihovo prepoznavanje, predpis s področja pravilne uporabe FFS, v povezavi z zakonsko predpisanimi določbami na etiketi in njihova razlaga.
(45 minut)
Teoretični in praktični prikaz priprave in uporabe naprav za nanašanje FFS, preprečevanje zanašanja FFS, odmerjanje in priprava škropilne brozge. (75 minut)

**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 dovoljsem 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:
