



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](mailto:kgzs.zavod-nm@gov.si)  
splet: [www.kmetijskizavod-nm.si](http://www.kmetijskizavod-nm.si)

## USPOSABLJANJA ZA RAVNANJE S FFS V ZIMSKIH MESECIH 2022

**V mesecu januarju 2022 potekajo usposabljanja za ravnanje s FFS v živo v predavalnicah.  
V mesecu februarju se predvideva nadaljevanje tečajev preko spletne aplikacije ZOOM.**

Prijavnica je priložena na 4. in 5. strani tega obvestila. Prevezamete jo lahko tudi na povezavi:  
[http://www.kmetijskizavod-nm.si/sites/default/files/Prijavnica%20IzobrazevanjaFFS\\_2016\\_NM.DOC](http://www.kmetijskizavod-nm.si/sites/default/files/Prijavnica%20IzobrazevanjaFFS_2016_NM.DOC).

V primeru, da ste vabljeni na predavanje v predavalnico, poleg izpolnjene prijavnice izpolnite in s seboj prinesite tudi izjavo o izpolnjevanju pogojev PCT (preboleli, cepljeni ali testirani), priloženo na zadnji strani obvestila.

Lepo vas pozdravljam,

**mag. Bajec Domen**

Strokovna odgovorna oseba za izvajanje usposabljanj za ravnanje s FFS  
na KGZS – Zavodu Novo mesto

## RAZPORED USPOSABLJANJ ZA RAVNANJE S FFS V ZIMSKIH MESECIH 2022

| <b>Datum:</b>     | <b>Ura:</b> | <b>Kraj:</b>   | <b>Tečaj za:</b>                                   | <b>Vrsta tečaja:</b> | <b>Predavatelj - ukrepi varstva rastlin pred škodljivimi organizmi in vpliv FFS na okolje</b> | <b>Predavatelj - vpliv FFS na zdravje ljudi:</b> |
|-------------------|-------------|--|--|----------------------|---|--|
| <b>17.01.2022</b> | 16:00       | <b>KRŠKO</b><br>Občina Krško, Cesta krških žrtev 14, Krško   | uporabnike FFS (izvajalci ukrepov varstva rastlin) | obnovitveni          | BRENCE Andreja  | dr. MILJAVAC Bonia                               |
| <b>21.02.2022</b> | 16:00       | NOVO MESTO<br>(KGZS – Zavod NM, Šmihelska c. 14, sejna soba)<br><b>Usposabljanje preko spletne aplikacije ZOOM</b> | uporabnike FFS (izvajalci ukrepov varstva rastlin) | obnovitveni          | MARTINČIČ Jernej  | dr. MILJAVAC Bonia                               |

## **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)

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

| PODATKI O USPOSABLJANJU  |  |                    |  |                |  |
|--|--|--------------------|--|----------------|--|
| <b>Izvajalec usposabljanja</b>   | <b>KGZS – Zavod NM; Šmihelska c. 14, 8000 Novo mesto</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>  |  |                    | <b>Vrsta programa usposabljanja:</b>                       |                |  |
| <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 |                |  |
| <b>Vrsta in stopnja izobrazbe: (Izpolnijo tisti udeleženci, ki se prijavljajo za »svetovalca za FFS« ali »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 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\_\_\_\_\_

| <b>PRIJAVA</b>                  |  |
|---------------------------------|--|
| Zap. št. prijave                |  |
| Datum opravljanja usposabljanja |  |
| Kraj opravljanja usposabljanja  |  |

| <b>IZPIT</b>                 |                      |                                      |
|------------------------------|----------------------|--------------------------------------|
| Datum opravljanja izpita     |                      |                                      |
| Kraj opravljanja izpita      |                      |                                      |
| Rezultat preverjanja znanja  | opravil / ni opravil | št. doseženih točk / št. možnih točk |
| Osebno ime vpisnika podatkov |                      |                                      |

| <b>IZKAZNICA</b>             |  |
|------------------------------|--|
| Datum izdaje izkaznice       |  |
| Številka izkaznice           |  |
| Datum veljavnosti izkaznice  |  |
| Osebno ime vpisnika podatkov |  |

Datum:

Žig:

Podpis:

---

# IZJAVA

## O IZPOLNJEVANJU POGOJA »PCT«

Spodaj podpisani \_\_\_\_\_,

(ime in priimek)

stanujoč \_\_\_\_\_

(naslov)

Udeleženec \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

(vpišete naslov izobraževanja)

(vpišete datum izobraževanja)

**izjavljam, da izpolnjujem pogoj**

**P(rebolel) C(epljen) T(estiran) z enim od spodaj navedenih potrdil in/ali dokazil:**

1. dokazilo o negativnem rezultatu PCR, ki ni starejši od 72 ur od odvzema brisa ali testa HAG na virus SARS-CoV-2, ki ni starejši od 48 ur od odvzema brisa,
2. z digitalnim COVID potrdilom EU v digitalni ali papirnati obliki, opremljenim s kodo QR (EU DCP),
3. z digitalnim COVID potrdilom tretje države v digitalni ali papirnati obliki, opremljenim s QR, ki vsebuje vsaj enake podatke kot EU DCP in ga je pristojni zdravstveni organ tretje države izdal v angleškem jeziku (DCP tretje države),
4. dokazilo o cepljenju zoper COVID-19, s katerim dokazujete, da ste prejeli:
  - drugi odmerek cepiva Comirnaty proizvajalca Biontech/Pfizer, cepiva Spikevax (COVID-19 Vaccine) proizvajalca Moderna, cepiva Sputnik V proizvajalca Russia's Gamaleya National Centre of Epidemiology and Microbiology, cepiva CoronaVac proizvajalca Sinovac Biotech, cepiva COVID-19 Vaccine proizvajalca Sinopharm, cepiva Vaxzevria (COVID-19 Vaccine) proizvajalca AstraZeneca in cepiva Covishield proizvajalca Serum Institute of India/AstraZeneca ali kombinacijo dveh predhodno naštetih cepiv. Dokazilo se pridobi takoj po prejemu drugem odmerku;
  - prvi odmerek cepiva COVID-19 Vaccine Janssen proizvajalca Johnson in Johnson/Janssen-Cilag. Dokazilo se pridobi z dnem cepljenja;
5. dokazilo o pozitivnem rezultatu testa PCR, ki je starejši od deset dni, razen če zdravnik presodi drugače, vendar ni starejši od 240 dni,
6. z dokazilom o prebolelosti iz prejšnje točke in dokazilom o cepljenju, s katerim dokazujejo, da so bile v obdobju, ki ni daljše od 240 dni od pozitivnega rezultata testa PCR oziroma od začetka simptomov, cepljene z enim odmerkom cepiva iz prve alineje 3. točke tega člena. Zaščita se vzpostavi z dnem cepljenja.

Kraj, datum: \_\_\_\_\_

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

---