

**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* <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										
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: