

**Prijavnica na usposabljanje
za ravnanje s fitofarmaceutskimi sredstvi**

PODATKI O USPOSABLJANJU									
Izvajalec usposabljanja		KGZS- ZAVOD LJ, GOSPODINJSKA ULICA 6, 1000 LJUBLJANA							
Datum usposabljanja			Kraj usposabljanja						
KANDIDAT									
Ime					Priimek				
Številka izkaznice* ¹					Datum rojstva:				
Davčna številka					Država* ²				
<p>^{*1} Za obstoječe imetnike</p> <p>^{*2} Kratica države, če davčne številke ni izdala Republika Slovenija.</p>									
NASLOV STALNEGA PREBIVALIŠČA									
Ulica, kraj					Hišna številka				
Pošta		Poštna številka			Država				
USPOSABLJANJE									
Vrsta usposabljanja: <input type="checkbox"/> osnovno <input checked="" type="checkbox"/> nadaljnje					Vrsta programa usposabljanja: <input type="checkbox"/> svetovalec za FFS <input type="checkbox"/> prodajalec FFS <input checked="" 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							
<p><i>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).</i></p>									
Kraj in datum:					Podpis kandidata:				

Izpolni izvajalec usposabljanja

Naziv izvajalca usposabljanja:

___KGZS - ZAVOD LJ., GOSPODINJSKA ULICA 6, 1000 LJUBLJANA_____

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: