**Prijavnica na usposabljanje in pisno preverjanje znanja**

**za ravnanje s fitofarmacevtskimi sredstvi**

|  |
| --- |
| **PODATKI O USPOSABLJANJU** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Izvajalec usposabljanja** |  |
| Datum usposabljanja |  | Kraj usposabljanja |  |

 |
| **KANDIDAT** |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ime |  | Priimek |  |
| Številka izkaznice\*1 |  |  |  |  |  |  | Davčna številka: |  |
| KMG-MID |  | 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 |  |
| Telefon |  | E-naslov |

 |
| **USPOSABLJANJE** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Vrsta usposabljanja:**[ ]  osnovno[ ]  nadaljnje | **Vrsta programa usposabljanja:**[ ]  svetovalec za FFS[ ]  prodajalec FFS[ ]  poklicni uporabnik |
| **Vrsta in stopnja izobrazbe:** (*Izpolnijo tisti udeleženci, ki se prijavljajo za »****svetovalca za FFS****« ali »****prodajalca FFS***«)[ ]  srednja poklicna izobrazba kmetijske smeri[ ]  srednja izobrazba kmetijske smeri [ ]  višja ali visoka strokovna izobrazba kmetijstva[ ]  univerzitetna izobrazba kmetijstva, bolonjski študijski program, magisterij, doktorat[ ]  opravljeno dodatno usposabljanje s področja varstva rastlin (*kandidat predloži* *potrdilo o uspešnem zaključku opravljenega usposabljanja – velja samo za prodajalce FFS*) |

 |

|  |
| --- |
| **KONTAKTNI PODATKI ZA OBVEŠČANJE** *(samo če se razlikujejo od stalnega naslova prebivališča)* |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ulica, kraj |  | Hišna številka |  |
| Pošta |  | Poštna številka |  | Država |  |

*Podpisani dovoljujem uporabo podatkov izključno za namen obveščanja o poteku veljavnosti izkaznice o opravljenem usposabljanju za ravnanje 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, 35/23-odlUS in 9524).*  |

Kraj in datum: Podpis:

**Izpolni izvajalec usposabljanja**

**Naziv izvajalca usposabljanja:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **PRIJAVA** |
| Zap. št. prijave |  |
| Datum opravljanja usposabljanja |  |
| Kraj opravljanja usposabljanja |  |

|  |
| --- |
| **PISNO PREVERJANJE ZNANJA** |
| Datum opravljanja pisnega preverjanja znanja |  |
| Kraj opravljanja pisnega preverjanja znanja |  |
| Rezultat pisnega 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 |  |

Kraj in datum: Podpis: