

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

PODATKI O USPOSABLJANJU

Izvajalec usposabljanja	KGZS – zavod KR, c. Iva Slavca 1, 4000 Kranj		
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: <input type="checkbox"/> osnovno <input type="checkbox"/> <u>nadaljnje</u>	Vrsta programa usposabljanja: <input type="checkbox"/> svetovalec za FFS <input type="checkbox"/> prodajalec FFS <input type="checkbox"/> <u>izvajalec ukrepov varstva rastlin</u>
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:

KMETIJSKO GOZDARSKI ZAVOD KRANJ, c. Iva Slavca 1 4000 Kranj

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: