

Prijavnica na usposabljanje za ravnanje s fitofarmaceutskimi sredstvi

PODATKI O USPOSABLJANJU					
Izvajalec usposabljanja	KGZS - Zavod NM, Šmihelska cesta 14, 8000 Novo mesto				
Datum usposabljanja		Kraj usposabljanja			
PODATKI O KANDIDATU / PODJETJU					
Ime			Priimek		
Številka izkaznice*1				Davčna številka	
KMG-MID					
Ime podjetja					
Država *2					
*1 Za obstoječe imetnike *2 Ime države, če kandidat ni državljan Republike Slovenije.					
PODATKI O PREBIVALIŠČU KANDIDATA					
Ulica, kraj				Hišna številka	
Pošta		Poštna številka		Država	
Telefon			E-naslov		
PODATKI O PODJETJU:					
Ulica, kraj				Hišna številka	
Pošta		Poštna številka		Država	
Telefon			E-naslov		
VRSTA IN PROGRAM USPOSABLJANJA					
osnovno			svetovalec za FFS		
nadaljnje			prodajalec FFS		
			poklicni uporabnik		
Stopnja izobrazbe: Izpolnijo udeleženci usposabljana »svetovalec za FFS«/»prodajalec 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 (<i>kandidat predloži potrdilo o uspešnem zaključku opravljenega usposabljanja – velja samo za prodajalce FFS</i>)					
KONTAKTNI PODATKI ZA OBVEŠČANJE (samo če se razlikujejo od stalnega naslova prebivališča)					
Ulica, kraj				Hišna številka	
Pošta		Poštna številka		Država	
<small>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).</small>					

Kraj in datum:

Podpis:

Izpolni izvajalec usposabljanja

PODATKI O IZVAJALCU USPOSABLJANJA	
Ime izvajalca	
Naslov, kraj	

PRIJAVA	
Številka prijave	
Datum usposabljanja	
Kraj 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
Vpisnik		

IZKAZNICA	
Številka izkaznice	
Datum izdaje izkaznice	
Datum veljavnosti izkaznice	
Vpisnik	

Kraj in datum:

Podpis: