

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

PODATKI O USPOSABLJANJU						
Izvajalec usposabljanja	KGZS-Zavod Novo mesto					
Datum usposabljanja		Kraj usposabljanja				
PODATKI O KANDIDATU / PODJETJU						
Ime				Priimek		
Številka izkaznice*1					Davčna številka	
KMG-MID						
Ime podjetja						
Država *2						
<small>*1 Za obstoječe imetnike *2 Ime države, če kandidat ni državljan Republike Slovenije.</small>						
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						
<input type="checkbox"/> osnovno <input type="checkbox"/> nadaljnje		<input type="checkbox"/> svetovalec za FFS <input type="checkbox"/> prodajalec FFS <input type="checkbox"/> poklicni uporabnik				
<b>Stopnja izobrazbe: Izpolnijo udeleženci usposabljana »svetovalec za FFS«/»prodajalec FFS«)</b> <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 <input type="checkbox"/> 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	KGZS-Zavod Novo mesto
Naslov, kraj	Šmihelska cesta 14 8000 Novo mesto

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: