**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 | | |  | | | | | | 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:**  osnovno  nadaljnje | **Vrsta programa usposabljanja:**  svetovalec za FFS  prodajalec FFS  izvajalec ukrepov varstva rastlin | | **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 | | |

|  |
| --- |
| **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:**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **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: