

**Prijavnica na usposabljanje in pisno preverjanje znanja
za ravnanje s fitofarmaceutskimi sredstvi**

PODATKI O USPOSABLJANJU			
Izvajalec usposabljanja	KGZS – ZAVOD MURSKA SOBOTA		
Datum usposabljanja		Kraj usposabljanja	Murska Sobota
KANDIDAT			
Ime		Priimek	
Številka izkaznice*1			
Davčna številka		Država*2	<input type="text"/> <input type="text"/>
*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"/> nadaljnje		Vrsta programa usposabljanja: <input type="checkbox"/> svetovalec za FFS <input type="checkbox"/> prodajalec FFS <input type="checkbox"/> izvajalec ukrepov varstva rastlin	
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:

KGZS-KMETIJSKO GOZDARSKI ZAVOD MURSKA SOBOTA

PRIJAVA	
Zap. št. prijave	
Datum opravljanja usposabljanja	
Kraj opravljanja usposabljanja	KGZS-zavod Murska Sobota

IZPIT		
Datum opravljanja izpita		
Kraj opravljanja izpita		
Rezultat preverjanja znanja	opravi / ni opravi	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:

