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

|  |
| --- |
| **PODATKI O USPOSABLJANJU** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Izvajalec usposabljanja** | KGZS – Zavod CE |
| 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[ ]  nadaljnje | [ ]  svetovalec za FFS[ ]  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 (*kandidat predloži* *potrdilo o uspešnem zaključku opravljenega usposabljanja – velja samo za prodajalce FFS*) |

 |

|  |
| --- |
| **KONTAKTNI PODATKI ZA OBVEŠČANJE** *(samo če se razlikujejo od stalnega naslova prebivališča)* |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ulica, kraj |  | Hišna številka |  |
| Pošta |  | Poštna številka |  | Država |  |

*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).* |

**Kraj in datum:** **Podpis**:

**Izpolni izvajalec usposabljanja**

|  |
| --- |
| **PODATKI O IZVAJALCU USPOSABLJANJA** |
| Ime izvajalca | KGZS – Zavod CE |
| Naslov, kraj | Trnoveljska cesta 1, 3000 Celje |

|  |
| --- |
| **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  | Vesna Zalokar |

Kraj in datum: Podpis: