**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: