

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

PODATKI O USPOSABLJANJU										
<b>Izvajalec usposabljanja</b>		Biotehniška fakulteta								
Datum usposabljanja			Kraj usposabljanja							
KANDIDAT										
Ime						Priimek				
Številka izkaznice* <sup>1</sup>										
Davčna številka							Država* <sup>2</sup>			
<p><sup>*1</sup> Za obstoječe imetnike</p> <p><sup>*2</sup> Kratica države, če davčne številke ni izdala Republika Slovenija.</p>										
NASLOV STALNEGA PREBIVALIŠČA										
Ulica, kraj						Hišna številka				
Pošta		Poštna številka				Država				
USPOSABLJANJE										
<b>Vrsta usposabljanja:</b> <input type="checkbox"/> osnovno <input type="checkbox"/> nadaljnje					<b>Vrsta programa usposabljanja:</b> <input type="checkbox"/> svetovalec za FFS <input type="checkbox"/> prodajalec FFS <input type="checkbox"/> izvajalec ukrepov varstva rastlin					
<b>Vrsta in stopnja izobrazbe:</b> (Izpolnijo tisti udeleženci, ki se prijavljajo za » <b>svetovalca za FFS</b> « ali » <b>prodajalca 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										
KONTAKTNI PODATKI ZA OBVEŠČANJE (samo če se razlikujejo od stalnega naslova prebivališča)										
Ulica, kraj						Hišna številka				
Pošta		Poštna številka				Država				
Telefon		E-naslov								
<p><i>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).</i></p>										
Kraj in datum:					Podpis kandidata:					

## Izpolni izvajalec usposabljanja

Naziv izvajalca usposabljanja:

\_\_\_ Biotehniška fakulteta \_\_\_\_\_

PRIJAVA	
Zap. št. prijave	
Datum opravljanja usposabljanja	
Kraj opravljanja usposabljanja	Ljubljana

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: