

## Prijava na usposabljanje za ravnanje s fitofarmaceutskimi sredstvi

PODATKI O USPOSABLJANJU									
Izvajalec usposabljanja	BIOTEHNIŠKI CENTER NAKLO								
Datum usposabljanja		Kraj usposabljanja							
PODATKI O KANDIDATU / PODJETJU									
Ime					Priimek				
Številka izkaznice*1						Davčna številka			
KMG-MID									
Ime podjetja									
Država *2									
<small>*1 Za obstoječe imetnike *2 Ime države, če kandidat ni državljan Republike Slovenije.</small>									
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									
<input type="checkbox"/> osnovno <input type="checkbox"/> nadaljnje					<input type="checkbox"/> svetovalec za FFS <input type="checkbox"/> prodajalec FFS <input type="checkbox"/> poklicni uporabnik				
<b>Stopnja izobrazbe: Izpolnijo udeleženci usposabljana »svetovalec za FFS«/»prodajalec 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 <input type="checkbox"/> opravljeno dodatno usposabljanje s področja varstva rastlin ( <i>kandidat predloži potrdilo o uspešnem zaključku opravljenega usposabljanja – velja samo za prodajalce FFS</i> )									
KONTAKTNI PODATKI ZA OBVEŠČANJE (samo če se razlikujejo od stalnega naslova prebivališča)									
Ulica, kraj						Hišna številka			
Pošta				Poštna številka			Država		
<small>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).</small>									

Kraj in datum:

Podpis:

## Izpolni izvajalec usposabljanja

PODATKI O IZVAJALCU USPOSABLJANJA	
Ime izvajalca	BIOTEHNIŠKI CENTER NAKLO
Naslov, kraj	STRAHINJ 99, 4202 NAKLO

PRIJAVA	
Številka prijave	
Datum usposabljanja	
Kraj usposabljanja	

PISNO PREVERJANJE ZNANJA		
Datum opravljanja pisnega preverjanja znanja		
Kraj opravljanja pisnega preverjanja znanja		
Rezultat pisnega preverjanja znanja	opravi / ni opravi	št. doseženih točk / št. možnih točk
Vpisnik	Danijela Grubač	

IZKAZNICA	
Številka izkaznice	
Datum izdaje izkaznice	
Datum veljavnosti izkaznice	
Vpisnik	Danijela Grubač

Kraj in datum:

Podpis: