

Priloga 1: Obrazec potrdila o temeljnem znanju zdravstvenega varstva rastlin.

(izvajalec usposabljanja)

(naslov izvajalca)

POTRDILO

O TEMELJNEM ZNANJU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA RASTLIN

Izdano na podlagi
15. člena pravilnika o strokovnem usposabljanju in preverjanju znanja
zdravstvenega varstva rastlin
(Uradni list RS, št. * /05)

Ime in priimek

Datum in kraj rojstva

Stalno prebivališče

*Potrjujemo:

- ☐ Osnovno usposabljanje v obsegu _____ ur
☐ Nadaljnje usposabljanje v obsegu _____ ur
☐ Usposobljenost za odgovorno osebo za zdravstveno varstvo rastlin
☐ drugo _____

M.P.

(kraj, datum izdaje potrdila)

(podpis izvajalca usposabljanja)

(vtisnjena serijska številka potrdila)

* Natisniti ustrezno/e varianto/e