



**PROSIGNAL**  
VAROVANJE - SECURITY

Ime in priimek kandidata (tke):

\_\_\_\_\_

Plačnik:

\_\_\_\_\_

Naslov:

\_\_\_\_\_

ID za DDV:

\_\_\_\_\_

Datum:

\_\_\_\_\_

Naslov:

\_\_\_\_\_

Kontaktna oseba:

\_\_\_\_\_

**Prijava k usposabljanju / preizkusu znanja  
o varnem ravnanju z orožjem (označi)**

Na podlagi Pravilnika o usposabljanju in preizkusu znanja o ravnanju z orožjem (Uradni list RS, št. 102/15 ) se prijavljam prvič – drugič \_\_\_\_\_ k usposabljanju o ravnanju z orožjem.  
(ustrezno obkroži ali dopiši)

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Datum in kraj rojstva: \_\_\_\_\_

EMŠO: \_\_\_\_\_

Naslov prebivališča: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Elektronska pošta: \_\_\_\_\_

Spodaj podpisani izjavljam, da so navedeni podatki resnični in soglašam, da jih izvajalec usposabljanja oz. preizkusa sme uporabljati za vodenje ustreznih evidenc.

Podpis prijavitelja:

\_\_\_\_\_