**POTVRZENÍ O PRAXI**

**ODPOVĚDNÉHO ZÁSTUPCE (GARANTA)**

My, níže podepsaní:

|  |
| --- |
| **Osoba vydávající potvrzení** |
| Jméno/Název: |       |
| Datum narození/IČ: |       |
| Bydliště/Sídlo: |       |
| Zástupce: |       |

tímto potvrzujeme, že

|  |
| --- |
| **Odpovědná osoba (garant)** |
| Jméno: |       |
| Datum narození: |       |
| Bydliště: |       |

vykonával/a následující odborné činnosti:

|  |  |
| --- | --- |
| Popis činností: |       |
| Datum: | od: |       | do: |       |
| Postavení osoby: | [ ]  osoba pověřená vedením obchodního nebo odštěpného závodu[ ]  osoba bezprostředně odpovědná za řízení činnosti[ ]  osoba vykonávající samostatné odborné práce |
| Způsob výkonu: | [ ]  pracovněprávní vztah (pracovní smlouva, dohoda o provedení práce nebo činnosti)[ ]  výkon podnikatelské činnosti (např. OSVČ nebo člen obchodní společnosti)[ ]  služební poměr (např. služba v bezpečnostních sborech nebo vojenská služba)[ ]  členský poměr (např. člen družstva)[ ]  jiný (specifikujte)       |
| Rozsah úvazku: | [ ]  plný [ ]  částečný v rozsahu (specifikujte):       |

Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podepsán/a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jméno:

Funkce: