

POTVRZENÍ O PRAXI

Identifikace osoby vydávající potvrzení:

Obchodní firma / název / jméno a příjmení u fyzické osoby:

--

IČO:	datum narození:	telefon:
------	-----------------	----------

Sídlo:

Tímto potvrzují/potvrzujeme, pro účely prokázání odborné způsobilosti u živnosti:

.....

(dle ustanovení § 7 odst. 4 živnostenského zákona), že:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

vykonával/a v období: **od:** **do:** tyto **odborné činnosti/práce:**

.....

.....

.....

jako osoba:*)

- pověřená vedením obchodního závodu nebo odštěpného závodu,
 bezprostředně odpovědná za řízení činnosti,
 vykonávající samostatné odborné práce

a to:*)

- v pracovněprávním vztahu (na základě pracovního poměru, dohody o pracovní činnosti, dohody o provedení práce)

plný pracovní úvazek částečný úvazek (uved'te rozsah):

- v služebním poměru (např. vojenská služba, civilní vojenská služba, služba v bezpečnostních sborech)

- v členském poměru (např. člen družstva)

- v obdobném poměru **) (např. společník veřejné obchodní společnosti nebo spolupracující manžel podnikatele-osoby samostatně výdělečně činné)

Potvrzení vystavil/a

jméno, funkce

dne

.....

razítko a podpis

*) označte křížkem

**) vyplňte poměr