

---

Javni zavod

Datum: \_\_\_\_\_

### **IZJAVA**

Izjavljamo, da je za našega delavca/delavko

\_\_\_\_\_ ,

ki se izobražuje na fakulteti \_\_\_\_\_

njegovo/njeno izobraževanje povezano z delom, ki ga opravlja v našem  
javnem zavodu.

Pečat

\_\_\_\_\_

Podpis direktorja oz. ravnatelja