

**IZJAVA**  
**DELODAJALCA ZA PRIZNAVANJE PRAKTIČNEGA IZOBRAŽEVANJA NA**  
**VIŠJI STROKOVNI ŠOLI**

Naslov organizacije:

---

Ime in priimek študenta/ke: \_\_\_\_\_

vpisan/a v študijskem letu: \_\_\_\_\_

Izobraževalni program:    **MEH**    **OM**    Št. indeksa: \_\_\_\_\_  
(obkrožite ustrezno)

Zaposlen/a v delovni organizaciji od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_  
(datum)

Opravljal/a pogodbeno delo od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_  
(datum)

Delovna mesta, področje dela in opis ustreznih delovnih izkušenj:

---

---

---

---

---

---

---

---

Kraj in datum: \_\_\_\_\_

Žig

Podpis odgovorne osebe:  
(delovne organizacije)

---