*Naziv in naslov pravne osebe*

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
| *KMG-MID:* |

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

IZJAVA

Direktor pravne osebe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*ime in priimek direktorja pravne osebe*

izjavljam, da je *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*

 *ime in priimek udeleženca usposabljanja*

stanujoč/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, zaposlen pri pravni osebi upravičenki

 *naslov udeleženca usposabljanja (naselje/ulica, h.št., poštna št., pošta)*

in pooblaščen/a za udeležbo na obveznem usposabljanju za potrebe izvajanja ukrepa Dobrobit živali iz PRP RS 2014 -2020 za leto 2020.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Podpis direktorja*

*žig*