EVROPSKÁ UNIE
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

Úřad práce ČR

Příloha č. 4 Směrnice GŘ č. 17/2015

Název a sídlo firmy

XXXXX *(název projektu)*, registrační číslo projektu XXXXX

OSVĚDČENÍ

O ABSOLVOVÁNÍ ODBORNÉ PRAXE

Jméno a příjmení:

Datum narození:

absolvoval(a)

v době od do odbornou praxi

na pracovní pozici:

V…….. dne ……

……..……
odpovědná osoba