

POTRDILO O SODELOVANJU PRI IZVEDBI PRAKTIČNEGA IZOBRAŽEVANJA ZA

2. letnik program AVTOSERVISNI MENEDŽMENT

termin za 2. letnik:
od 10.1.2024 do 20.3.2024 (oz. do končanja vseh ur) v obsegu 400 ur.

Podjetje _____

(ime in naslov podjetja – obratovalnice)

in _____

(telefon)

(elektronski naslov)

ki ga zastopa _____ lahko nudi izvajanje

(ime in priimek)

praktičnega izobraževanja študentom in je v ta namen pripravljeno skleniti s šolo pogodbo.

Na praktično izobraževanje sprejmemo _____

(ime in priimek študenta/-ke)

Mentor študentu bo _____

(ime in priimek, strokovni naziv)

(telefon)

(elektronska pošta)

Datum: _____

žig

Podpis: _____

**Vsi podatki so obvezni zaradi lažjega sodelovanja, lahko jih vpišete elektronsko v dokument.
Prosimo za natančen in čitljiv vpis vseh podatkov.**