



EVROPSKÁ UNIE  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost



Příloha č. 4 Směrnice GR 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