|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Potvrzení o provedeném školení o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci a požární ochraně.** | | |
| *Vyplňte elektronicky nebo čitelně hůlkovým písmem* | | |
| **Poskytovatel odborné praxe** - jméno právnické/fyzické osoby + IČ: |  | |
| **Adresa místa odborné praxe:** |  | |
| **Jméno a příjmení žáka(ků) SPŠT zařazeného(ných) na odbodnou praxi:** |  | |
| **Prohlášení poskytovatele odborné praxe:** | *Prohlašujeme, že výše uvedený žák(ci) SPŠ Třebíč byl(i) před započetím odborné praxe seznámeni s riziky spojenými s výkonem odborné praxe a s opatřeními poskytovatele odborné praxe k jejich eliminaci - byl(i) proškolen(í) k BOZP a PO.* | |
| **Jméno, příjmení a podpis osoby poskytovatele, která školení provedla:** |  | Datum školení: |