**Potrditev delovnih izkušenj kadra**

Naziv in naslov delodajalca, ki potrjuje delovne izkušnje:

|  |
| --- |
|  |

Kontaktna oseba delodajalca, ki potrjuje delovne izkušnje:

|  |  |
| --- | --- |
| Ime in priimek, naziv |  |
| Tel. |  |
| E-naslov |  |

**POTRJUJEMO, da je kader *(ime in priimek):***

|  |
| --- |
|  |

pri oz. za nas opravljal dela v obdobju od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (vpisati datume) in sicer na področju (ustrezno obkrožiti):

1. zavarovalništva
2. ocenjevanja škod.

V tem obdobju smo imeli z osebo sklenjeno ustrezno delovno-pravno oz. drugo obligacijsko razmerje.

Odgovorna oseba zgoraj navedenega delodajalca izjavljam:

* da je navedena oseba dejansko opravljala delo na področju zavarovalništva;
* da pri nas obstajajo dokazila o tem, da je navedena oseba opravljala delo na področju zavarovalniške dejavnosti,
* da smo (bili) kot delodajalec zadovoljni s kvaliteto opravljenega dala.

Za navedene podatke in njihovo resničnost prevzemam popolno odgovornost.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum** | **Žig** | **Odgovorna oseba delodajalca**  (ime in priimek odgovorne osebe)  (podpis) |
|  |  |  |