



POTVRZENÍ

o splnění požadavku na odbornou praxi ke zkoušce
z odborné způsobilosti k činnostem koordinátora BOZP na staveništi

Zaměstnavatel/objednatel služeb*:			
Obchodní firma:			
Identifikační číslo:			
Sídlo:			
Odpovědná osoba vystavující potvrzení:			
Jméno, příjmení, titul:			
Telefon:		E-mail:	

Potvrzují na základě žádosti níže uvedené fyzické osoby, která se hlásí ke zkoušce z odborné způsobilosti k činnostem koordinátora bezpečnosti a ochrany zdraví při práci na staveništi podle ust. § 10 odst. 2 zákona č. 309/2006 Sb., o zajištění dalších podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), **že u nás vykonávala podle ust. § 10 odst. 2 písm. b) zákona činnosti při přípravě nebo realizaci staveb*.**

Fyzická osoba:	
Jméno, příjmení, titul:	
Datum narození:	
Adresa bydliště:	

Popis činnosti vykonávané při přípravě nebo realizaci staveb*: <i>(Uvede se konkrétní druh práce nebo bližší specifikace pracovní činnosti.</i>			
Výše uvedenou odbornou činnost vykonávala fyzická osoba v období:			
Od (den, měsíc, rok):		Do (den, měsíc, rok):	

Prohlašuji, že všechny údaje v tomto potvrzení jsou pravdivé a jsem si vědom/a právních důsledků potvrzení nepravdivých údajů požadovaných o této fyzické osobě.

Dne V

.....
*Podpis odpovědného pracovníka a razítko
zaměstnavatele/objednatele služeb**