



ENVIFORM a.s.

Závodní 814, Staré Město, 739 61 Třinec

## POTVRZENÍ O VYKONÁNÍ ODBORNÉ PRAXE

pro periodickou zkoušku z odborné způsobilosti k zajišťování úkolů v prevenci rizik v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví při práci dle zákona č. 309/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů

**Jméno a příjmení:**

**Datum narození:**

**Adresa:**

Potvrzujeme, že výše zmíněná fyzická osoba pan/paní ....., který/á se u držitele akreditace uchází o vykonání periodické zkoušky z odborné způsobilosti k zajišťování úkolů v prevenci rizik v oblasti BOZP, vykonával/a u nás činnosti v prevenci rizik nebo činnosti v oblasti BOZP podle § 10 odst. 1 písm. b) zákona č. 309/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů (výčet činností):

- .....
- .....

**doba těchto činností (od – do)**

.....  
.....

**Název a adresa zaměstnavatele/objednatele:** .....

.....

**Vykonávaná činnost** (upřesnit druh práce, popř. bližší specifikace pracovní činnosti, pokud byl druh práce stanoven obecně): **ode dne**..... **do dne** .....

**Jméno a příjmení odpovědného pracovníka:**

**Telefon:**

**Potvrzení vyhotoveno dne:**

Podpis a razítko zaměstnavatele/objednatele oprávněného vydat tento doklad:

-----  
**Vyplní osoba, která praxi potvrzuje:**

**Prohlašuji, že výše uvedené údaje jsou pravdivé a jsem si vědom/a důsledků nepravdivého prohlášení.**

V ..... dne .....

.....  
podpis odpovědného  
pracovníka