

POOBLASTILO

Spodaj podpisani/a pooblašča Ministrstvo za solidarno prihodnost,

Dunajska cesta 21, 1000 Ljubljana, da v mojem imenu pridobi potrdilo o dokončanem izobraževanju.

Izobraževal/a sem se na ustanovi (ime, kraj ustanove)

kjer sem (datum) pridobil/a naziv

Datum, kraj:

Podpis
