

POTRDILO DELODAJALCA
o upravičenosti do dežurnega varstva

Spodaj podpisani _____,
(ime in priimek)

zastopnik _____
(naziv organizacije)

potrjujem,

da je delavka/delavec _____
(ime in priimek),

- zaposlen/a v navedeni organizaciji in je prisotnost delavca/ke na delovnem mestu, v času razglašene epidemije Covid-19, NUJNO POTREBNA.

Potrdilo izdajam s polno odgovornostjo in jamčim za resničnost podatkov.

Podpis delodajalca in žig

V _____, dne _____