****

okres Zlín, příspěvková organizace, Školní 850, 766 01 Valašské Klobouky

**Potvrzení o postavení podpořené osoby**

**na trhu práce**

Podpořená osoba: …………………………………………………………………………..

Jméno a příjmení: ………………………………………………………………………….

Datum narození: …………………………………………………………………………..

Adresa trvalého pobytu: …………………………………………………………………..

**Potvrzení o studiu či účasti na rekvalifikaci**

*(vyplní podpořená osoba, která je v procesu vzdělávání či odborné přípravy nebo získává kvalifikaci v akreditovaném rekvalifikačním kurzu)*

|  |
| --- |
| Název školy / poskytovatele akreditovaného rekvalifikačního kurzu:  IČ:   Sídlo: |

**Podpořená osoba:**

☐ je studentem/studentkou prezenčního nebo kombinovaného studia.   
Počátek školního roku: …………………………………..   
Počátek studia: …………………………………….……..

☐ je účastníkem/účastnicí akreditovaného rekvalifikačního kurzu.   
  
Název kurzu:………………………………………..…   
  
Trvání kurzu:   
  
Od ……………………………….   
  
Do ……………………………….

Datum vystavení toho potvrzení: ……………………….

Razítko školy/poskytovatele kurzu:   
  
Jméno, funkce a podpis osoby vydávající potvrzení: