**Obrazec št. 3 - Poročilo o opravljeni delovni praksi**

**Obvezna priloga navedenemu obrazcu:**

**Obrazec M-12 Prijava zavarovanja za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ime in priimek štipendista:** |  |
| **Šolsko/študijsko leto:** |  |
| **Naziv in naslov delodajalca,****kjer je štipendist opravljal prakso:** |  |
| **Čas opravljanja prakse:** | Delovna praksa je opravljala od \_\_\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Skupaj v obsegu \_\_\_\_\_\_\_\_ ur.  |
| **Opis opravljenih nalog štipendista v okviru prakse:** |
| **Opisna ocena opravljene prakse s strani delodajalca, ki jo podpiše oseba, ki je bila odgovorna za izedbo prakse (mentor ali podobno):** |

ŠTIPENDIST: DELODAJALEC:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (podpis) (podpis in žig)

V/Na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_