

**Menný zoznam uchádzačov o zamestnanie a špecifikácia pracovných miest na vykonávanie praxe**

Príloha č.... k Dohode č. .... o zabezpečení podmienok vykonávania praxe pre uchádzača o zamestnanie v rámci národného projektu „Finančné stimuly pre zamestnanosť“ Aktivita 3 „Poskytovanie finančných príspevkov na vykonávanie absolventskej praxe (Prax pre mladých)“ podľa § 54 odsek 1 písm. a) zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Priezvisko, meno, titl. uchádzača o zamestnanie	Druh pracovného miesta a spôsob získavania pracovných skúseností	Požadovaný stupeň vzdelania	Vykonávanie praxe (v termíne od - do a počet mesiacov)	Miesto vykonávania praxe (adresa miesta a organizačný útvar)	Fyzická osoba, pod ktorej vedením bude uchádzač o zamestnanie vykonávať prax (meno, priezvisko, titul a funkcia alebo profesia)

riaditeľ úradu alebo ním poverený zamestnanec

(meno, priezvisko, podpis a odtlačok pečiatky úradu)





### Evidencia dochádzky - prax pre uchádzača o zamestnanie (UoZ)

v rámci národného projektu „Finančné stimuly pre zamestnanosť“ Aktivita 3 „Poskytovanie finančných príspevkov na vykonávanie absolventskej praxe (Prax pre mladých)“ podľa § 54 odsek 1 písm. a) zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Za mesiac:.....20.....  
Zamestnávateľ :.....  
Meno a priezvisko UoZ:.....  
Rodné číslo UoZ:.....  
Číslo dohody: .....

Dátum	Stanovený prac. čas od - do (vyplní fyzická osoba pod ktorej vedením vykonáva UoZ prax)	Stanovený počet prac. hodín (vyplní fyzická osoba pod ktorej vedením vykonáva UoZ prax)	Príchod čas (vyplní UoZ)	Odchod čas (vyplní UoZ)	Odpracované hodiny (vyplní fyzická osoba pod ktorej vedením vykonáva UoZ prax)	Podpis UoZ

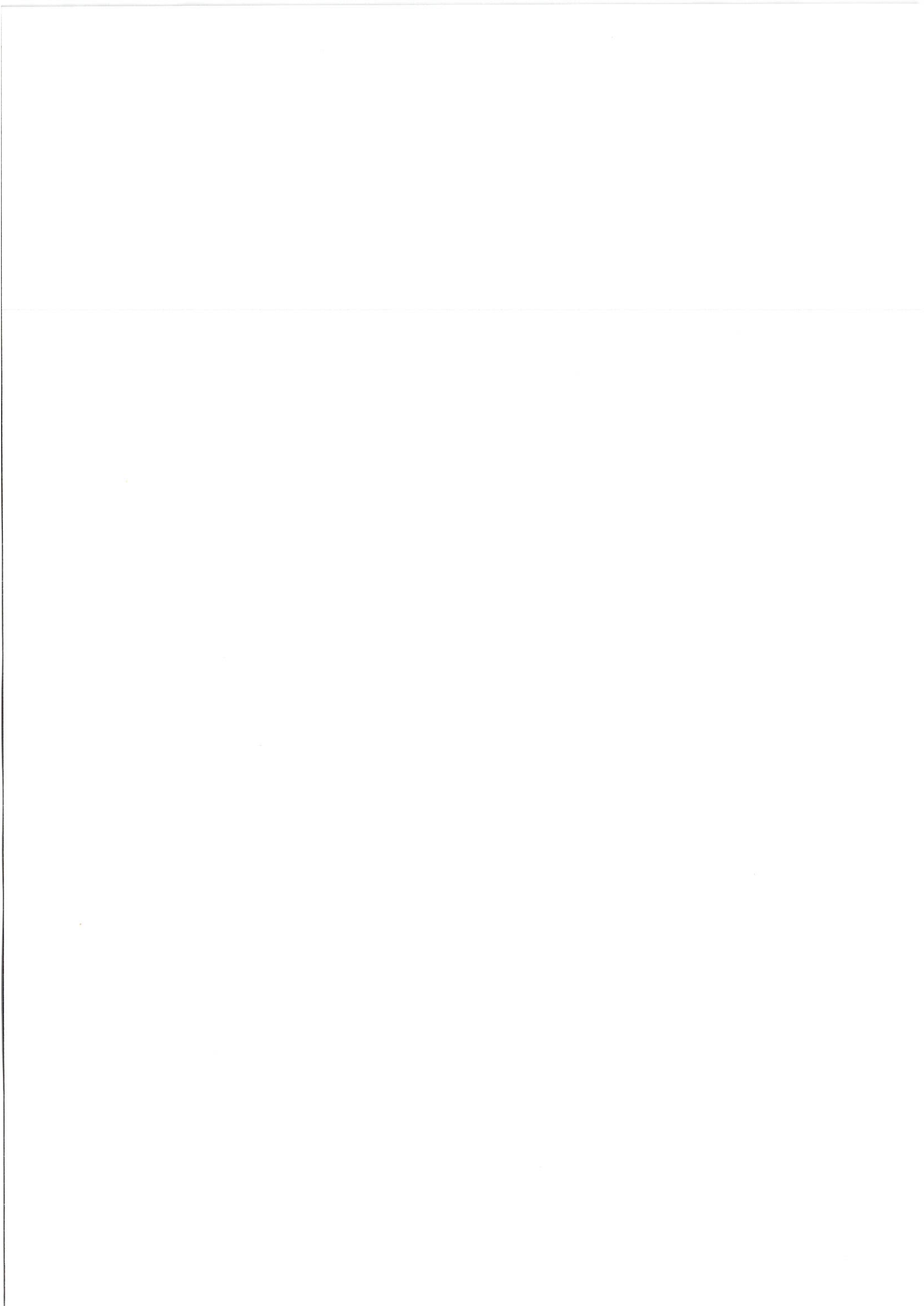
D - deň voľna, PN - dočasná pracovná neschopnosť, OČR - ošetrovanie člena rodiny, S - sviatok, V - vážne zdravotné, rodinné alebo osobné dôvody, L - návšteva lekára

**Vyplní zamestnávateľ:**

.....  
 **Meno, priezvisko a podpis fyzickej osoby, pod ktorej vedením UoZ vykonáva prax**

.....  
 **Meno, priezvisko, funkcia, podpis vedúceho zamestnanca zamestnávateľa, u ktorého UoZ vykonáva prax a odtlačok pečiatky**

Dátum : .....





Spolufinancovaný  
Európskou úniou



PROGRAM  
SLOVENSKO



ÚRAD  
PRÁCE, SOCIÁLNYCH  
VECÍ A RODINY

## Zamestnávateľ

(Obchodný názov PO/priezvisko, meno, titul FO)

---

### Potvrdenie o vykonaní praxe

v rámci národného projektu „Finančné stimuly pre zamestnanosť“ – Aktivita 3 „Poskytovanie finančných príspevkov na vykonávanie absolventskej praxe (Prax pre mladých)“ podľa § 54 odsek 1 písm. a) zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Zamestnávateľ potvrdzuje, že uchádzač/ka o zamestnanie:

Meno a priezvisko:.....

Dátum narodenia:.....

Rodné číslo:.....

Adresa:.....

vykonával/a prax v období od:.....do:.....

**u zamestnávateľa** (obchodný názov PO/priezvisko, meno, titul FO):.....

**Sídlo:**

**Miesto vykonávania praxe:**

**Druh pracovného miesta:**

**Druh praktických skúseností a spôsob ich získavania** (popis prac. činnosti):

**Stručné hodnotenie praxe:**

.....  
meno, priezvisko a podpis štatutárneho  
zástupcu zamestnávateľa  
(odtlačok pečiatky)

