

Naziv in naslov pravne osebe

---

---

---

---

KMG-MID:

---

Datum: \_\_\_\_\_

## IZJAVA

Direktor pravne osebe \_\_\_\_\_,  
*ime in priimek direktorja pravne osebe*

izjavljam, da je \_\_\_\_\_,  
*ime in priimek udeleženca usposabljanja*

stanujoč/a \_\_\_\_\_, zaposlen pri pravni osebi upravičenki  
*naslov udeleženca usposabljanja (naselje/ulica, h.št., poštna št., pošta)*

in pooblaščen/a za udeležbo na obveznem usposabljanju za potrebe izvajanja intervencije Dobrobit živali iz SN SKP 2023 - 2027 za leto 2023.

\_\_\_\_\_  
*Podpis direktorja*

žig