



POTVRDA O OBAVLJENOJ STRUČNOJ PRAKSI

Naziv tvrtke/ustanove: _____

Sjedište: _____

*Ovim potvrđujemo da je student/ica _____
u razdoblju od _____ 202_. do _____ 202_. godine u našoj tvrtki/ustanovi
ispunio/la obveze stručne prakse u trajanju od _____ dan/a.*

Mjesto i datum _____

Odgovorna osoba

M.P.
