



**KANDIDAT:**

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Naslov: \_\_\_\_\_

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

**DELODAJALEC:**

Naziv podjetja: \_\_\_\_\_

Naslov: \_\_\_\_\_

**IZJAVA KANDIDATA ZA SOGLASJE ZA IMENOVANJE V ODBOR ZAVAROVANCEV SKUPINE KRITNIH  
SKALDOV MOJI SKLADI ŽIVLJENJSKEGA CIKLA  
(predstavnik delodajalcev)**

Spodaj podpisani-a \_\_\_\_\_ soglašam z imenovanjem v Obor zavarovancev Skupine kritnih skladov MOJI skladi življenjskega cikla, kot predstavnika delodajalca.

V primeru, da mi bo v času mandata prenehalo delovno razmerje pri delodajalcu, bom odstopil iz Odbora zavarovancev.

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

Podpis kandidata:

\_\_\_\_\_

---

Spodaj podpisani delodajalec potrjujem, da je kandidat zaposlen pri delodajalcu in soglašam, da se ga imenuje v Odbor zavarovancev.

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

Ime in priimek, funkcija in podpis zakonitega zastopnika delodajalca:

\_\_\_\_\_