**IZJAVA DELODAJALCA O ZAPOSLITVI STROKOVNJAKA ZA POLNI DELOVNI ČAS**

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime in priimek delodajalca), zakoniti zastopnik podjetja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, izjavljam, da je strokovnjak/inja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zaposlen/a v našem podjetju za polni delovni čas.

Potrjujem, da je zaposlitev sklenjena v skladu s 143. členom Zakona o delovnih razmerjih (ZDR), ki določa, da polni delovni čas znaša 40 ur na teden, če ni drugače določeno z zakonom ali kolektivno pogodbo.

Zavezujem se, da bom vse morebitne spremembe pri zaposlitvi strokovnjaka (prenehanje zaposlitve, sprememba delovnega razmerja ipd.) v roku 8 delovnih dni po nastali spremembi pisno sporočil Digitalnemu inovacijskemu stičišču Slovenije, ki je odgovoren za Katalog strokovnjakov.

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

Podpis in žig delodajalca:

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