



**OBČINA PUCONCI**

**Puconci 80,**

**9201 PUCONCI**

tel.: 02/54 51 548. 545 91 00

fax: 02/545 91 01

---

Komisija za mandatna vprašanja, volitve in imenovanja

### **SOGLASJE**

Spodaj podpisani/-a:

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

**Rojen/-a:** \_\_\_\_\_

**Stalno prebivališče:** \_\_\_\_\_

**Izobrazba:** \_\_\_\_\_

**Zaposlen/-a na delovnem mestu:** \_\_\_\_\_

**Soglašam z imenovanjem  
za predstavnika ustanovitelja v Svet zavoda Osnovne šole Puconci**

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

\_\_\_\_\_  
(podpis kandidata – kandidatke)