

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ [ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ]

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η _____
 νόμιμος _____ εκπρόσωπος _____ τ.
 _____¹
 βεβαιώνει ότι ο/η _____² του
 _____ και _____ της _____,
 καταρτιζόμενος /καταρτιζόμενη της Σ.Α.Ε.Κ της Ειδικότητας

 _____ πραγματοποιήσε _____ ώρες³
 Πρακτικής Άσκησης στην ανωτέρω επιχείρηση/οργανισμό/ από _____ /____
 /_____⁴μέχρι _____ /____/_____⁵, η οποία περατώθηκε επιτυχώς, στο
 πλαίσιο του συγχρηματοδοτούμενου προγράμματος "Πρακτική άσκηση
 καταρτιζόμενων ΙΕΚ" με κωδικό ΟΠΣ 5131399 - MIS 5131399 , του Επιχειρησιακού
 Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευση και Δια Βίου
 Μάθηση 2014-2020».

Ο ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ

.....

¹ Ονομασία Επιχείρησης- Οργανισμού- Δημοσίου Φορέα κ.λπ.

² Ονοματεπώνυμο Ασκούμενου

³ Αριθμός ωρών Πρακτικής Άσκησης

⁴ Ημερομηνία Έναρξης

⁵ Ημερομηνία Λήξης