

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ [ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ]

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η _____
 νόμιμος εκπρόσωπος τ₁

βεβαιώνει ότι ο/η _____² του

_____ και της _____,
 καταρτιζόμενος /καταρτιζόμενη του Δ.Ι.Ε.Κ, της Ειδικότητας

_____ πραγματοποιήσε _____ ώρες³

Πρακτικής Άσκησης στην ανωτέρω επιχείρηση/οργανισμό/ από _____ / _____
 / _____⁴ μέχρι _____ / _____ / _____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