

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 _____³ 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 Διά 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