

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ [ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ]

ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η _____
νόμιμος εκπρόσωπος τ_____
1

βεβαιώνει ότι ο/η _____²του
_____ και της _____,
καταρτιζόμενος /καταρτιζόμενη του Δ.Ι.Ε.Κ, της Ειδικότητας

_____ πραγματοποιήσε _____³ώρες³
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

