

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ [ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ]

ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η _____

Νόμιμος εκπρόσωπος τ _____

βεβαιώνει ότι ο/η _____²του

_____ και _____ της _____,

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

_____ πραγματοποιήσει _____ 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