

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 _____

_____ πραγματοποιήσει _____
 ώρες³ Πρακτικής Άσκησης στην ανωτέρω επιχείρηση/οργανισμό/ από
 ____ / ____ / _____⁴ μέχρι ____ / ____ / _____⁵, η οποία
 περατώθηκε επιτυχώς, στο πλαίσιο του συγχρηματοδοτούμενου
 προγράμματος «Πρακτική άσκηση καταρτιζόμενων Ι.Ε.Κ. –
 Μεταφερόμενη Πράξη από ΠΠ 2014-2020» με κωδικό ΟΠΣ 6006939, του
 Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανθρώπινο Δυναμικό και Κοινωνική
 Συνοχή 2021-2027».

Ο ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ

(Υπογραφή & Σφραγίδα)

.....

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

² Ονοματεπώνυμο Ασκούμενου

³ Αριθμός ωρών Πρακτικής Άσκησης

⁴ Ημερομηνία Έναρξης

⁵ Ημερομηνία Λήξης



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης

