

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 _____ 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



Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού,
Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση
Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

