

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ [ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ]

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η
νόμιμος εκπρόσωπος τ.....¹
βεβαιώνει ότι ο/η² του
..... και της
καταρτιζόμενος/καταρτιζόμενη του Δ.ΙΕΚ Κουφαλίων της ειδικότητας
.....
πραγματοποίησε ώρες³ Πρακτικής Άσκησης στην ανωτέρω επιχείρηση /
οργανισμό από/...../.....⁴ μέχρι/...../.....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

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ – ΣΦΡΑΓΙΔΑ)

¹ Ονομασία Επιχείρησης – Οργανισμού – Δημόσιου φορέα κ.λ.π.

² Ονοματεπώνυμο Ασκούμενου

³ Αριθμός ωρών Πρακτικής Άσκησης

⁴ Ημερομηνία Έναρξης

⁵ Ημερομηνία Λήξης