

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ [ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ]

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η _____
νόμιμος εκπρόσωπος τ.____
_____ 1
βεβαιώνει ότι ο/η _____ 2 του
_____ και της _____,
καταρτιζόμενος /καταρτιζόμενη του Δ.Ι.Ε.Κ ΒΟΛΟΥ, της Ειδικότητας
_____ πραγματοποιήσε _____ 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 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

