

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ [ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ]

ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η _____
νόμιμος εκπρόσωπος τ _____ 1
βεβαιώνει ότι ο/η _____ 2
του _____ και της _____,
καταρτιζόμενος/η του Δ.Ι.Ε.Κ. ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ, στην Ειδικότητα

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

.....

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

² Ονοματεπώνυμο Ασκούμενου

³ Αριθμός ωρών Πρακτικής Άσκησης

⁴ Ημερομηνία Έναρξης

⁵ Ημερομηνία Λήξης