

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 _____
 _____πραγματοποίησε _____ώρες³ Πρακτικής Άσκησης
 στην ανωτέρω επιχείρηση/οργανισμό/ από ___/___/_____⁴μέχρι
 ___/___/_____⁵,η οποία περατώθηκε επιτυχώς, στο πλαίσιο του
 συγχρηματοδοτούμενου προγράμματος «Αναβάθμιση και Υποστήριξη
 Λειτουργίας των Δημοσίων Σχολών Ανώτερης Επαγγελματικής
 Κατάρτισης (Σ.Α.Ε.Κ.) του Υ.ΠΑΙ.Θ.Α. και Δράσεις Πρακτικής Άσκησης
 (καταρτιζόμενοι εκτός 15-29 ετών ΕΑΕΚ, τάξεις 2023-2027)» με κωδικό
 ΟΠΣ 6017426 – MIS 6017426, του επιχειρησιακού Προγράμματος
 «Ανθρώπινο Δυναμικό και Κοινωνική Συνοχή 2021-2027»

Ο ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ

.....
 (σφραγίδα+ υπογραφή)

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

² Ονοματεπώνυμο Ασκούμενου

³ Αριθμός ωρών Πρακτικής Άσκησης

⁴ Ημερομηνία Έναρξης

⁵ Ημερομηνία Λήξης

