

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 _____ πραγματοποιήσει _____ ώρες³ Πρακτικής Άσκησης στην ανωτέρω επιχείρηση/οργανισμό/ από ___/___/_____⁴ μέχρι ___/___/_____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 έως 29 ετών ΕΑΕΚ, τάξεις 2023-2027)» με κωδικό ΟΠΣ 6018182 – MIS 6018182, 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

