

## ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ [ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ]

ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η .....  
..... νόμιμος εκπρόσωπος τ.....  
.....<sup>1</sup>  
.....<sup>2</sup>  
βεβαιώνει ότι ο/η .....  
του ..... και της.....,   
καταρτιζόμενος /καταρτιζόμενη της Σ.Α.Ε.Κ. ΑΜΥΝΤΑΙΟΥ της  
Ειδικότητας .....  
πραγματοποίησε ..... ώρες<sup>3</sup> Πρακτικής Άσκησης στην  
ανωτέρω επιχείρηση/οργανισμό/ από ..... /...../ .....<sup>4</sup> μέχρι  
...../ ...../ .....<sup>5</sup>, 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**

.....

---

<sup>1</sup> Ονομασία Επιχείρησης- Οργανισμού- Δημοσίου Φορέα κ.λπ.

<sup>2</sup> Ονοματεπώνυμο Ασκούμενου

<sup>3</sup> Αριθμός ωρών Πρακτικής Άσκησης

<sup>4</sup> Ημερομηνία Έναρξης

<sup>5</sup> Ημερομηνία Λήξης