

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:/...../.....

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ [ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ]

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η
νόμιμος εκπρόσωπος τ... ..
.....¹ βεβαιώνει ότι ο/η² του
....., καταρτιζόμενος/η του 2ου Δημόσιου ΙΕΚ Ηρακλείου της ειδικότητας
.....
πραγματοποίησε³ ώρες Πρακτικής Άσκησης στην ανωτέρω επιχείρηση/οργανισμό από
...../...../20.....⁴ έως/...../20.....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

(Σφραγίδα, Υπογραφή)

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

² Ονοματεπώνυμο Ασκουμένου

³ Συνολικές ώρες Πρακτικής Άσκησης

⁴ Ημερομηνία Έναρξης

⁵ Ημερομηνία Λήξης



Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού,
Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση
Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

