

ΒΕΒΑΙΩΣΗ 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 Αμαρουσίου, της Ειδικότητας _____
_____ πραγματοποίησε _____ ώρες ³
Πρακτικής Άσκησης στην ανωτέρω επιχείρηση/οργανισμό/ από ___ /___ /_____ ⁴
μέχρι ___ /___ /_____ ⁵, η οποία περατώθηκε επιτυχώς.

Ο ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ- ΣΦΡΑΓΙΔΑ)

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

² Ονοματεπώνυμο Ασκούμενου

³ Αριθμός ωρών Πρακτικής Άσκησης

⁴ Ημερομηνία Έναρξης

⁵ Ημερομηνία Λήξης