

## ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ [ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ]

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η \_\_\_\_\_  
νόμιμος εκπρόσωπος τ\_\_\_\_\_ <sup>1</sup>  
βεβαιώνει ότι ο/η \_\_\_\_\_ <sup>2</sup> του  
\_\_\_\_\_ και της \_\_\_\_\_, καταρτιζόμενος / καταρτιζόμενη  
της Σ.Α.Ε.Κ Αμαρουσίου, της Ειδικότητας \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ πραγματοποιήσε \_\_\_\_\_ 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

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ- ΣΦΡΑΓΙΔΑ)

<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



Με τη συγχρηματοδότηση  
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Πρόγραμμα  
Ανθρώπινο Δυναμικό και  
Κοινωνική Συνοχή