

ΕΒΑΙΩΣΗ 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 Αμαρουσίου, της Ειδικότητας _____
_____ πραγματοποιήσε _____ ώρες ³
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 ΥΠΑΙΘΑ
και Δράσεις Πρακτικής Άσκησης (καταρτιζόμενοι εκτός 15-29 ετών ΕΑΕΚ, τάξεις
2023-2027)" με κωδικό ΟΠΣ 6017426, του Επιχειρησιακού Προγράμματος
«Ανθρώπινο Δυναμικό και Κοινωνική Συνοχή 2021-2027».

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



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Πρόγραμμα
Ανθρώπινο Δυναμικό και
Κοινωνική Συνοχή