

ΒΕΒΑΙΩΣΗ 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 έως 29 ετών ΕΑΕΚ, τάξεις 2023-
2027)" με κωδικό ΟΠΣ 6018182, 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