

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. **ΑΡΙΔΑΙΑΣ** της
 Ειδικότητας _____
 _____ πραγματοποιήσει _____
 _____ ώρες³ Πρακτικής Άσκησης στην ανωτέρω
 επιχείρηση/οργανισμό/ από ___ / ___ / _____⁴ μέχρι ___ / ___
 / _____⁵, η οποία περατώθηκε επιτυχώς, στο πλαίσιο του
 συγχρηματοδοτούμενου προγράμματος από το ΕΣΠΑ με κωδικό
 MIS.....

Ο ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ

.....
 ΣΦΡΑΓΙΔΑ+ΥΠΟΓΡΑΦΗ

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

