

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ [ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ]**

ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η \_\_\_\_\_  
 νόμιμος εκπρόσωπος τ<sub>1</sub>

βεβαιώνει ότι ο/η \_\_\_\_\_<sup>2</sup> του  
 \_\_\_\_\_ και της \_\_\_\_\_,  
 καταρτιζόμενος /καταρτιζόμενη του Δ.Ι.Ε.Κ ....., της Ειδικότητας

\_\_\_\_\_ πραγματοποιήσε \_\_\_\_\_<sup>3</sup> 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 Διά Βίου  
 Μάθηση 2014-2020».

**Ο ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ**

.....

<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