**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ [ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ]**

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η

νόμιμος εκπρόσωπος τ

\_1 βεβαιώνει ότι o/η \_2του

και της **,**

καταρτιζόμενος /καταρτιζόμενη του Δ.Ι.Ε.Κ …………………., της Ειδικότητας

πραγματοποίησε ώρες**3**

Πρακτικής Άσκησης στην ανωτέρω επιχείρηση/οργανισμό/ από **/**

**/ 4**μέχρι **/ / 5,**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**

**……………………………………………….**

1 Ονομασία Επιχείρησης- Οργανισμού- Δημοσίου Φορέα κ.λπ.

2 Ονοματεπώνυμο Ασκούμενου

3 Αριθμός ωρών Πρακτικής Άσκησης

4 Ημερομηνία Έναρξης

5 Ημερομηνία Λήξης