

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 Άρτας, της Ειδικότητας
_____πραγματοποίησε
_____ώρες³ Πρακτικής Άσκησης στην ανωτέρω
επιχείρηση/οργανισμό/ από ___/___/_____⁴μέχρι ___/___/_____⁵,

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