

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΜΕΡΟΥΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος νόμιμος εκπρόσωπος τ
.....¹ βεβαιώνει ότι ο/η
.....² του και της
καταριζόμενος / καταριζόμενη του Ι.Ε.Κ Μεταμόρφωσης της Ειδικότητας
.....
..... πραγματοποιήσε ώρες³
Πρακτικής Άσκησης στην ανωτέρω επιχείρηση/οργανισμό/ από⁴ μέχρι
.....⁵ οπότε και διέκοψε.

Ο ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ - ΣΦΡΑΓΙΔΑ)

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

² Ονοματεπώνυμο Ασκουμένου

³ Αριθμός ωρών Πρακτικής Άσκησης

⁴ Ημερομηνία Έναρξης

⁵ Ημερομηνία Διακοπής