# ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος …………………………………………………… νόμιμος εκπρόσωπος τ… …………………………………………………………………………………….[[1]](#footnote-1) βεβαιώνει oτι o/η ………………………………………………………………………….[[2]](#footnote-2)του …………………………και της …………………**,** καταρτιζόμενος /καταρτιζόμενη του Ι.Ε.Κ Καρδίτσας, της Ειδικότητας……………………………………………….…………….… ………………………………………………………………………………………………………. πραγματοποίησε…… .ώρες**[[3]](#footnote-3)** Πρακτικής Άσκησης στην ανωτέρω επιχείρηση/οργανισμό/ από ………….**.[[4]](#footnote-4)** μέχρι ………………. **5** οπότε και διέκοψε.

**Ο ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ**

**(ΥΠΟΓΡΑΦΗ- ΣΦΡΑΓΙΔΑ)**

1. Ονομασία Επιχείρησης- Οργανισμού- Δημοσίου Φορέα κ.λπ. [↑](#footnote-ref-1)
2. Ονοματεπώνυμο Ασκούμενου [↑](#footnote-ref-2)
3. Αριθμός ωρών Πρακτικής Άσκησης [↑](#footnote-ref-3)
4. Ημερομηνία Έναρξης

   5 Ημερομηνία Διακοπής [↑](#footnote-ref-4)