

ΕΝΤΥΠΟ 6

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΠΕΙΡΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ

Επωνυμία Εργοδότη/Οργανισμού

Βεβαιούται ότι ο/η κ./κα

με Αριθμό Ταυτότητας: και Αριθμό Κοινωνικών Ασφαλίσεων

εργάστηκε στην επιχείρηση/οργανισμό μας σε θέση/εις με καθήκοντα που είναι σχετικά με την ειδικότητα (να δηλώνεται η ειδικότητα υποψηφίου),

όπως αναφέρονται αναλυτικά πιο κάτω:

ΘΕΣΗ / ΤΙΤΛΟΣ / ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΟΙ ΜΗΝΕΣ
ΣΥΝΟΛΟ συμπληρωμένων ΜΗΝΩΝ		

Όνοματεπώνυμο εκπροσώπου:

.....
Υπογραφή εκπροσώπου (και Σφραγίδα)

Τηλέφωνο επικοινωνίας:

Ημερομηνία: