COLLABORAZIONI STUDENTESCHE

ATTESTAZIONE DI FINE ATTIVITÀ

STRUTTURA _____

DATI PERSONALI DELLO/A STUDENTE/STUDENTESSA

Cognome: _____ Nome: _____

nato il _____ a: _____ Prov. _____

indirizzo _____ tel.: _____

C.A.P.: _____ Città: _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Si attesta che lo/la studente/studentessa sopra indicato/a, assegnato/a a questa Struttura per il periodo dal _____ al _____

☐ HA SVOLTO

☐ NON HA SVOLTO

l'incarico con puntualità, correttezza ed efficacia per effettive n. _____ ore.

(Spazio per eventuali osservazioni)

_____

_____

_____

_____, _____
(luogo) *(data)*

Il/La Responsabile della Struttura

_____