UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DELL'INSUBRIA

COLLABORAZIONI A TEMPO PARZIALE DEGLI STUDENTI AI SERVIZI DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'INSUBRIA

REGISTRO PRESENZE

Struttura *	
Sede di svolgimento della collaborazione	

** indicare Dipartimento, Centro, Settore, Ufficio responsabile della collaborazione.*

cognome e nome **studente**		n. **matricola**	

(da compilare a cura dello studente – si raccomanda la compilazione completa e ordinata del modulo in ogni sua parte)

data	**ore**			**firma del collaboratore**
	dalle	**alle**	**totale/giorno**	
totale ore				

Como/Varese,……

Il Responsabile del servizio

……