



**ATTESTAZIONE DI REGOLARE SVOLGIMENTO  
DELLA COLLABORAZIONE STUDENTESCA**

*(compilare una richiesta per ogni studente – se la compilazione avviene a mano si raccomanda l'uso dello stampatello)*

**(Da inviare tramite Titulus Servizio Contributi e Diritto allo Studio)**

Prot. n.  
Tit.  
Cl.  
Fasc.

**Servizio Contributi e Diritto  
allo Studio**  
Via Valleggio, 11  
22100 COMO

Si attesta il regolare svolgimento della collaborazione da parte dello studente sotto indicato, e se ne richiede il pagamento:

cognome e nome <b>studente</b>		n. <b>matricola</b>	
--------------------------------	--	---------------------	--

presso

<b>Struttura *</b>	
--------------------	--

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

dal		al		totale ore svolte	
-----	--	----	--	-------------------	--

Si trasmettono, in allegato alla presente:

- fogli presenza siglati dal responsabile,
- scheda inerente le modalità di pagamento,
- richiesta di pagamento con rinuncia parziale (*\* solo nel caso in cui non sia stato completato il monte ore inizialmente assegnato e indicato nell'atto di impegno*)

Distinti saluti

Il Responsabile del servizio

.....

CAMPO RISERVATO A SERVIZI INTEGRATI PER GLI STUDENTI							
ore previste		ore effettuate		bando n.		del	
si chiede il pagamento di €		con utilizzo di fondi esercizio		U A		COAN	
note							
il Responsabile dei Servizi Integrati per gli studenti							
trasmesso all'Ufficio Missioni e Compensi Vari							