



**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 a: Ufficio Benefici economici e residenze)

Prot. n.
Tit.
Cl.
Fasc.

Spett.le
Ufficio Benefici economici e residenze
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 studente		n. matricola	
--------------------------------	--	---------------------	--

presso

Struttura *	
--------------------	--

** 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							
trasmissione all'Ufficio Missioni e Compensi Vari							