



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DELL'INSUBRIA**

Collaborazioni a tempo parziale degli studenti ai servizi dell'Università degli Studi dell'Insubria

**RINUNCIA PARZIALE e richiesta di pagamento delle ore effettivamente svolte
- da allegare alla RICHIESTA DI PAGAMENTO a cura del responsabile del servizio -**

(se la compilazione avviene a mano si raccomanda l'uso dello stampatello)

Como/Varese, _____

**Ufficio Diritto allo Studio
e Servizi agli studenti**
Via Valleggio, 11
22100 COMO

Io sottoscritto

| | | | |
|--------------------------------|--|---------------------|--|
| cognome e nome studente | | n. matricola | |
|--------------------------------|--|---------------------|--|

vista l'impossibilità di completare il monte ore complessivo

| | | | |
|---------------|--|----------------------------------------------------|--|
| di ore | | previsto dall'atto di impegno sottoscritto in data | |
|---------------|--|----------------------------------------------------|--|

presso

| | |
|--------------------|--|
| Struttura * | |
|--------------------|--|

sotto la responsabilità di

| | |
|----------------------------------|--|
| Responsabile del servizio | |
|----------------------------------|--|

a causa di

| | |
|---------------------------------------|--|
| motivo della rinuncia parziale | |
|---------------------------------------|--|

chiedo il pagamento di

| | | | | | |
|---------------|--|------------|--|----|--|
| n. ore | | svolte dal | | al | |
|---------------|--|------------|--|----|--|

e inoltre:

| | | |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | chiedo di mantenere la mia iscrizione all'albo delle collaborazioni studentesche | |
| <input type="checkbox"/> | confermo la mia disponibilità per eventuali successive collaborazioni solo a far data dal | |
| <input type="checkbox"/> | chiedo di cancellare il mio nominativo dall'albo delle collaborazioni studentesche | |

Con i migliori saluti

Firma dello studente

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