

Il/La sottoscritto/a
Nato/a a il
recapito.....
codice fiscale.....

D I C H I A R A

di aver prestato n. ore di collaborazione presso.....
.....
della Scuola Internazionale Superiore di Studi Avanzati di Trieste, dal
al, ai sensi dell'art. 13 della Legge 2.12.1991, n. 390.

C H I E D E

Che gli/le vengano liquidate le ore prestate – a € 10.30/ora, per un importo complessivo di
€ (.....)

Trieste,

(Firma)

Il sottoscritto, responsabile dell'attività di
collaborazione del/della dott., conferma/non conferma
la regolare effettuazione della collaborazione ritenendo ottimo/buono/sufficiente/insufficiente,
l'operato dello studente.

(Firma)

Si autorizza la liquidazione:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO