



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DELL'AQUILA



DSU
Dipartimento
di Scienze
Umane

ALLA RESPONSABILE
DELLA SEGRETERIA AMM.VO-DIDATTICA
SEDE

Oggetto: collaborazioni studentesche – A.A. _____ - consegna registro ore effettuate.

Il/la sottoscritto/a _____, in riferimento all'oggetto,
consegna, in data odierna, il registro delle ore relative alla collaborazione prestata, dal
_____ al _____, presso _____.

L'Aquila, _____

Lo studente/la studentessa



| | | | |
|------------|-------------------|-------------|------------------|
| DATA _____ | ORA ENTRATA _____ | FIRMA _____ | |
| | ORA USCITA _____ | FIRMA _____ | TOTALE ORE _____ |
| DATA _____ | ORA ENTRATA _____ | FIRMA _____ | |
| | ORA USCITA _____ | FIRMA _____ | TOTALE ORE _____ |
| DATA _____ | ORA ENTRATA _____ | FIRMA _____ | |
| | ORA USCITA _____ | FIRMA _____ | TOTALE ORE _____ |
| DATA _____ | ORA ENTRATA _____ | FIRMA _____ | |
| | ORA USCITA _____ | FIRMA _____ | TOTALE ORE _____ |
| DATA _____ | ORA ENTRATA _____ | FIRMA _____ | |
| | ORA USCITA _____ | FIRMA _____ | TOTALE ORE _____ |
| DATA _____ | ORA ENTRATA _____ | FIRMA _____ | |
| | ORA USCITA _____ | FIRMA _____ | TOTALE ORE _____ |
| DATA _____ | ORA ENTRATA _____ | FIRMA _____ | |
| | ORA USCITA _____ | FIRMA _____ | TOTALE ORE _____ |
| DATA _____ | ORA ENTRATA _____ | FIRMA _____ | |
| | ORA USCITA _____ | FIRMA _____ | TOTALE ORE _____ |
| DATA _____ | ORA ENTRATA _____ | FIRMA _____ | |
| | ORA USCITA _____ | FIRMA _____ | TOTALE ORE _____ |
| DATA _____ | ORA ENTRATA _____ | FIRMA _____ | |
| | ORA USCITA _____ | FIRMA _____ | TOTALE ORE _____ |

Firma del/la Responsabile della struttura

| | | | |
|------------|-------------------|-------------|------------------|
| DATA _____ | ORA ENTRATA _____ | FIRMA _____ | |
| | ORA USCITA _____ | FIRMA _____ | TOTALE ORE _____ |



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DELL'AQUILA



DSU
Dipartimento
di Scienze
Umane

| | | | |
|------------|-------------------|-------------|------------------|
| DATA _____ | ORA ENTRATA _____ | FIRMA _____ | |
| | ORA USCITA _____ | FIRMA _____ | TOTALE ORE _____ |
| DATA _____ | ORA ENTRATA _____ | FIRMA _____ | |
| | ORA USCITA _____ | FIRMA _____ | TOTALE ORE _____ |
| DATA _____ | ORA ENTRATA _____ | FIRMA _____ | |
| | ORA USCITA _____ | FIRMA _____ | TOTALE ORE _____ |
| DATA _____ | ORA ENTRATA _____ | FIRMA _____ | |
| | ORA USCITA _____ | FIRMA _____ | TOTALE ORE _____ |

Firma del/della Responsabile della struttura

Il/La sottoscritto/a _____ attesta che lo/la studente/studentessa _____ ha svolto le attività richieste all'atto dell'affidamento della collaborazione contribuendo al funzionamento della struttura di assegnazione e, pertanto, autorizza il pagamento della rata seguente, quale corrispettivo economico per la prestazione effettuata.

- 1° RATA – ORE N. _____
 2° RATA – ORE N. _____

Il/La Responsabile della struttura

Per accettazione il collaboratore/ la collaboratrice

Data, _____

Data, _____