All. 2

Al Direttore della SISSA

Via Bonomea 265

TRIESTE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

Responsabile dell’attività \_\_

Dichiara che l’allievo/a \_\_\_\_\_\_\_

Ha collaborato presso questo ufficio/attività per ore nel corso dell’anno

**Affidabilità/Puntualità:**

□ Insufficiente □ Sufficiente □ Discreta □ Buona □Ottima

**Competenza:**

□ Insufficiente □ Sufficiente □ Discreta □ Buona □Ottima

**Precisione:**

□ Insufficiente □ Sufficiente □ Discreta □ Buona □Ottima

**Giudizio Generale:**

□ Insufficiente □ Sufficiente □ Discreta □ Buona □Ottima

L’allievo/a è stato formato in particolare in queste attività:

1)

2)

3)

4)

5)

Il Responsabile dell’attività \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_